MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5®

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

artmed

American Psychiatric Association

Administração 2012–2013

PRESIDENTE DILIP V. JESTE, M.D.

PRESIDENTE-ELEITO JEFFREY A. LIEBERMAN, M.D.

TESOUREIRO DAVID FASSLER, M.D.

SECRETÁRIO ROGER PEELE, M.D.

Assembleia

ORADOR R. SCOTT BENSON, M.D.

ORADOR-ELEITO MELINDA L. YOUNG, M.D.

Conselho Administrativo

JEFFREY AKAKA, M.D.

CAROL A. BERNSTEIN, M.D.

BRIAN CROWLEY, M.D.

ANITA S. EVERETT, M.D.

JEFFREY GELLER, M.D., M.P.H.

MARC DAVID GRAFF, M.D.

JAMES A. GREENE, M.D.

JUDITH F. KASHTAN, M.D.

MOLLY K. MCVOY, M.D.

JAMES E. NININGER, M.D.

JOHN M. OLDHAM, M.D.

ALAN F. SCHATZBERG, M.D.

ALIK S. WIDGE, M.D., PH.D.

ERIK R. VANDERLIP, M.D.,
ADMINISTRADOR-ELEITO EM TREINAMENTO

M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Editado também como livro impresso em 2014.
ISBN 978-85-8271-089-0

1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.

CDU 616.89-008

Catalogação na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5®

Revisão técnica:

Aristides Volpato Cordioli (coordenação)
Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professor aposentado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Christian Kieling
Psiquiatra, Psiquiatra da Infância e da Adolescência (HCPA/UFRGS).
Mestre e Doutor em Psiquiatria pela UFRGS.
Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Cristiano Tschiedel Belem da Silva
Psiquiatra (HSL/PUCRS). Doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Ives Cavalcante Passos
Psiquiatra (HCPA/UFRGS).
Doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Mário Tregnago Barcellos
Psiquiatra, Psicoterapeuta (HCPA/UFRGS).
Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica (CELG/UFRGS).
Membro Aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Versão impressa
desta obra: 2014

2014

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Portuguese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.
American Psychiatric Association não teve parte nos trabalhos de tradução desta obra do inglês para o português e não é responsável por quaisquer erros, omissões ou outros defeitos na tradução da obra.

Obra originalmente publicada sob o título Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ISBN 9780890425558

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All rights reserved.

First Published in Brazil by Artmed Editora Ltda. in Portuguese. Artmed Editora Ltda. is the exclusive publisher of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition in Brazil for distribution in Brazil.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Artmed Editora Ltda./Grupo A Educação S.A

Gerente editorial – Biociências: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa sobre arte original: *Artmed Editora – Departamento de Pós-produção Digital*

Preparação de originais: *Camila Wisnieski Heck*

Tradução: *Maria Inês Corrêa Nascimento*, *Paulo Henrique Machado*, *Regina Machado Garcez*, *Régis Pizzato* e *Sandra Maria Mallmann da Rosa*

Editoração: *Techbooks*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

Unidade São Paulo
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5 – Cond. Espace Center
Vila Anastácio – 05095-035 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Força-tarefa do DSM-5

DAVID J. KUPFER, M.D.
Presidente
DARREL A. REGIER, M.D., M.P.H.
Vice-presidente

William E. Narrow, M.D., M.P.H.,
Diretor de Pesquisa

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
William T. Carpenter Jr., M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Jan A. Fawcett, M.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. *(2009–)*
Steven E. Hyman, M.D. *(2007–2012)*
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007–2011)*
Helena C. Kraemer, Ph.D.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Howard B. Moss, M.D. *(2007–2009)*
Susan K. Schultz, M.D., *Editora de Texto*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Editora de Texto da APA*

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Daniel S. Pine, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Maritza Rubio-Stipec, Sc.D.
David Shaffer, M.D.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007–2012)*
William M. Womack, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultor*

Membros da Divisão de Pesquisa da APA responsável pelo DSM-5

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.,
Diretor da Divisão de Pesquisa
William E. Narrow, M.D., M.P.H.,
Diretor Associado
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Escritora Científica Sênior; Editora de Texto da Divisão de Pesquisa*
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc., *Pesquisadora Estatística*

Lisa H. Greiner, M.S.S.A., *Gerente de Projetos de Pesquisas de Campo do DSM-5*
Eve K. Moscicki, Sc.D., M.P.H.,
Diretor de Rede de Pesquisa da Prática
S. Janet Kuramoto, Ph.D. M.H.S.,
Associada Sênior de Pesquisa Científica, Rede de Pesquisa da Prática

Amy Porfiri, M.B.A.
Diretora Financeira e Administrativa

Jennifer J. Shupinka, *Assistente de Direção das Operações do DSM*
Seung-Hee Hong, *Pesquisadora Sênior Associada do DSM*
Anne R. Hiller, *Pesquisadora Associada do DSM*
Alison S. Beale, *Pesquisador Associado do DSM*
Spencer R. Case, *Pesquisador Associado do DSM*

Joyce C. West, Ph.D., M.P.P., *Diretora de Pesquisa em Política de Saúde, Rede de Pesquisa da Prática*
Farifteh F. Duffy, Ph.D., *Diretor de Pesquisa em Cuidados de Qualidade, Rede de Pesquisa da Prática*
Lisa M. Countis, *Gerente de Operações de Campo, Rede de Pesquisa da Prática*

Christopher M. Reynolds,
Assistente Executivo

Escritório do Diretor Médico da APA

JAMES H. SCULLY JR., M.D.
Diretor Médico e CEO

Consultores Editoriais e de Codificação

Michael B. First, M.D.

Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de Trabalho do DSM-5

TDAH e Transtornos Disruptivos

DAVID SHAFFER, M.D.
Presidente
F. XAVIER CASTELLANOS, M.D.
Vice-presidente

Paul J. Frick, Ph.D., *Coordenador Editorial*
Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, M.D., Sc.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
Richard Todd, Ph.D., M.D. *(d. 2008)*

Transtornos de Ansiedade, do Espectro Obsessivo-compulsivo, Pós-traumáticos e Dissociativos

KATHARINE A. PHILLIPS, M.D.
Presidente

Michelle G. Craske, Ph.D.,
Coordenadora Editorial
J. Gavin Andrews, M.D.
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Eric Hollander, M.D. (*2007–2009*)
Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Scott L. Rauch, M.D.
H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.
David Spiegel, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Murray B. Stein, M.D.
Robert J. Ursano, M.D.
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Transtornos da Infância e Adolescência

DANIEL S. PINE, M.D.
Presidente

Ronald E. Dahl, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D. (*2007–2009*)
Regina Smith James, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Judith H. L. Rapoport, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.

Transtornos Alimentares

B. TIMOTHY WALSH, M.D.
Presidente

Stephen A. Wonderlich, Ph.D.,
Coordenador Editorial
Evelyn Attia, M.D.
Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M.
Rachel Bryant-Waugh, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
James E. Mitchell, M.D.
Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Barbara E. Wolfe, Ph.D. A.P.R.N.

Transtornos do Humor

JAN A. FAWCETT, M.D.
Presidente

Ellen Frank, Ph.D., *Coordenadora Editorial*
Jules Angst, M.D. *(2007–2008)*
William H. Coryell, M.D.
Lori L. Davis, M.D.
Raymond J. DePaulo, M.D.
Sir David Goldberg, M.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D., *(2007–2010)*
Mario Maj, M.D., Ph.D.
Husseini K. Manji, M.D. *(2007–2008)*
Michael R. Phillips, M.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Carlos A. Zarate, M.D.

Transtornos Neurocognitivos

DILIP V. JESTE, M.D. (2007–2011)
Presidente Emérito

DAN G. BLAZER, M.D., PH.D., M.P.H.
Presidente

RONALD C. PETERSEN, M.D., PH.D.
Copresidente

Mary Ganguli, M.D., M.P.H., *Coordenadora Editorial*
Deborah Blacker, M.D., Sc.D.
Warachal Faison, M.D. *(2007–2008)*
Igor Grant, M.D.
Eric J. Lenze, M.D.
Jane S. Paulsen, Ph.D.
Perminder S. Sachdev, M.D., Ph.D.

Transtornos do Neurodesenvolvimento

SUSAN E. SWEDO, M.D.
Presidente

Gillian Baird, M.A., M.B., B.Chir., *Coordenadora Editorial*
Edwin H. Cook Jr., M.D.
Francesca G. Happé, Ph.D.
James C. Harris, M.D.
Walter E. Kaufmann, M.D.
Bryan H. King, M.D.
Catherine E. Lord, Ph.D.
Joseph Piven, M.D.
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, M.D., Ph.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Fred Volkmar, M.D. *(2007–2009)*
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Harry H. Wright, M.D.

Personalidade e Transtornos da Personalidade[1]

ANDREW E. SKODOL, M.D.
Presidente

JOHN M. OLDHAM, M.D.
Copresidente

Robert F. Krueger, Ph.D., *Text Coordenador Editorial*
Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Carl C. Bell, M.D.
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, M.D., Ph.D. *(2007–2012)*
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Roel Verheul, Ph.D. *(2008–2012)*

---

[1] Os membros do Grupo de Trabalho da Personalidade e Transtornos da Personalidade são responsáveis pelo modelo alternativo do DSM-5 para transtornos da personalidade incluso na Seção III. Os critérios e textos relativos ao assunto presentes na Seção II são os mesmos do DSM-IV-TR.

Transtornos Psicóticos

WILLIAM T. CARPENTER JR., M.D.
Presidente

Deanna M. Barch, Ph.D., *Coordenadora Editorial*
Juan R. Bustillo, M.D.
Wolfgang Gaebel, M.D.
Raquel E. Gur, M.D., Ph.D.
Stephan H. Heckers, M.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Michael J. Owen, M.D., Ph.D.
Susan K. Schultz, M.D.
Rajiv Tandon, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Jim van Os, M.D.

Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

KENNETH J. ZUCKER, PH.D.
Presidente

Lori Brotto, Ph.D., *Coordenadora Editorial*
Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Jack Drescher, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martin P. Kafka, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Niklas Långström, M.D., Ph.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Friedemann Pfäfflin, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.

Transtornos do Sono-Vigília

CHARLES F. REYNOLDS III, M.D.
Presidente

Ruth M. O'Hara, Ph.D., *Coordenadora Editorial*
Charles M. Morin, Ph.D.
Allan I. Pack, Ph.D.
Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.
Susan Redline, M.D., M.P.H.
Dieter Riemann, Ph.D.

Transtornos de Sintomas Somáticos

JOEL E. DIMSDALE, M.D.
Presidente

James L. Levenson, M.D., *Coordenador Editorial*
Arthur J. Barsky III, M.D.
Francis Creed, M.D.
Nancy Frasure-Smith, Ph.D. *(2007–2011)*
Michael R. Irwin, M.D.
Francis J. Keefe, Ph.D. *(2007–2011)*
Sing Lee, M.D.
Michael Sharpe, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.

Transtornos Relacionados a Substâncias

CHARLES P. O'BRIEN, M.D., PH.D.
Presidente

THOMAS J. CROWLEY, M.D.
Copresidente

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E., *Coordenador Editorial*
Marc Auriacombe, M.D.
Guilherme L. G. Borges, M.D., Dr.Sc.
Kathleen K. Bucholz, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D. *(2007–2008)*
Walter Ling, M.D.
Spero M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
A. Thomas McLellan, Ph.D. *(2007–2008)*
Nancy M. Petry, Ph.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D. *(2007–2008)*

Grupos de Estudo do DSM-5

Espectros Diagnósticos e Harmonização DSM/CID

STEVEN E. HYMAN, M.D.
Presidente (2007–2012)

William T. Carpenter Jr., M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Jan A. Fawcett, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
John M. Oldham, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Abordagens do Desenvolvimento e do Ciclo de Vida

ERIC J. LENZE, M.D.
Presidente

SUSAN K. SCHULTZ, M.D.
Presidente Emérito

DANIEL S. PINE, M.D.
Presidente Emérito

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.

Questões Transculturais e de Gênero

KIMBERLY A. YONKERS, M.D.
Presidente

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, M.D., M.T.S.
Copresidente, Questões Transculturais

Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Ellen Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spiro M. Manson, Ph.D. *(2007–2008)*
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Roger Peele, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007–2012)*
William M. Womack, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interface Psiquiatria/Medicina Geral

LAWSON R. WULSIN, M.D.
Presidente

Ronald E. Dahl, M.D.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007–2011)*
Walter E. Kaufmann, M.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.
B. Timothy Walsh, M.D.

Deficiência e Incapacidade

JANE S. PAULSEN, PH.D.
Presidente

J. Gavin Andrews, M.D.
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Instrumentos de Avaliação de Diagnósticos

JACK D. BURKE JR., M.D., M.P.H.
Presidente

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Grupo de Pesquisa do DSM-5

WILLIAM E. NARROW, M.D., M.P.H.
Presidente

Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Especificadores de Curso e Glossário

WOLFGANG GAEBEL, M.D.
Presidente

Ellen Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.,
Consultor
Susan K. Schultz, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Sumário

Classificação do DSM-5 ..... **xiii**

Prefácio ..... **xli**

Seção I
Informações Básicas sobre o DSM-5

Introdução 5
Utilização do Manual 19
Advertência para a Utilização Forense do DSM-5 25

Seção II
Critérios Diagnósticos e Códigos

Transtornos do Neurodesenvolvimento 31
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos 87
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados 123
Transtornos Depressivos 155
Transtornos de Ansiedade 189
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados 235
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores 265
Transtornos Dissociativos 291
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados 309
Transtornos Alimentares 329
Transtornos da Eliminação 355
Transtornos do Sono-Vigília 361
Disfunções Sexuais 423
Disforia de Gênero 451
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta 461
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos 481
Transtornos Neurocognitivos 591

Transtornos da Personalidade 645
Transtornos Parafílicos 685
Outros Transtornos Mentais 707
Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos 709
Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica 715

Seção III
Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes

Instrumentos de Avaliação 733
Formulação Cultural 749
Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade 761
Condições para Estudos Posteriores 783

Apêndice

Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5 809
Glossário de Termos Técnicos 817
Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento 833
Listagem Alfabética dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC e CID-10-MC) 839
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC) 863
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-10-MC) 877
Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5 897

Índice 917

Classificação do DSM-5

Antes da denominação de cada transtorno, são apresentados os códigos da CID-9-MC, seguidos dos códigos da CID-10-MC entre parênteses. Linhas em branco indicam que não se aplicam os códigos da CID-9-MC ou da CID-10-MC para o transtorno. Para alguns transtornos, o código pode ser indicado apenas de acordo com o subtipo ou o especificador.

Os códigos da CID-9-MC devem ser usados para codificação nos Estados Unidos até 30 de setembro de 2014. O uso dos códigos da CID-10-MC deve ser implementado a partir de 1º de outubro de 2014.

Os números entre parênteses após os títulos de capítulos e transtornos específicos indicam os números das páginas correspondentes a sua localização no texto.

Observação para todos os transtornos mentais devidos a outra condição médica: indicar a outra condição médica na denominação do transtorno mental devido a [condição médica]. O código e a outra condição médica devem ser listados em primeiro lugar, imediatamente antes do transtorno mental devido à condição médica.

Transtornos do Neurodesenvolvimento (31)

Deficiências Intelectuais (33)

___.__	(___.__)	Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) (33)
		Especificar a gravidade atual:
317	**(F70)**	Leve
318.0	**(F71)**	Moderada
318.1	**(F72)**	Grave
318.2	**(F73)**	Profunda
315.8	**(F88)**	Atraso Global do Desenvolvimento (41)
319	**(F79)**	Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) Não Especificada (41)

Transtornos da Comunicação (41)

315.32	**(F80.2)**	Transtorno da Linguagem (42)
315.39	**(F80.0)**	Transtorno da Fala (44)
315.35	**(F80.81)**	Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira) (45)
		Nota: Casos com início tardio são diagnosticados como 307.0 (F98.5) transtorno da fluência com início na idade adulta.
315.39	**(F80.89)**	Transtorno da Comunicação Social (Pragmática) (47)
307.9	**(F80.9)**	Transtorno da Comunicação Não Especificado (49)

Transtorno do Espectro Autista (50)

299.00 (F84.0) Transtorno do Espectro Autista (50)

Especificar se: Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental; Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental

Especificar a gravidade atual para Critério A e Critério B: Exigindo apoio muito substancial, Exigindo apoio substancial, Exigindo apoio

Especificar se: Com ou sem comprometimento intelectual concomitante, Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1])

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (59)

___.__ (___.__) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (59)

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva

Especificar se: Em remissão parcial

Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

314.01 (F90.8) Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado (65)

314.01 (F90.9) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado (66)

Transtorno Específico da Aprendizagem (66)

___.__ (___.__) Transtorno Específico da Aprendizagem (66)

Especificar se:

315.00 (F81.0) Com prejuízo na leitura (*especificar* se na precisão na leitura de palavras, na velocidade ou fluência da leitura, na compreensão da leitura)

315.2 (F81.81) Com prejuízo na expressão escrita (*especificar* se na precisão na ortografia, na precisão na gramática e na pontuação, na clareza ou organização da expressão escrita)

315.1 (F81.2) Com prejuízo na matemática (*especificar* se no senso numérico, na memorização de fatos aritméticos, na precisão ou fluência de cálculo, na precisão no raciocínio matemático)

Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Transtornos Motores (74)

315.4 (F82) Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (74)

307.3 (F98.4) Transtorno do Movimento Estereotipado (77)

Especificar se: Com comportamento autolesivo, Sem comportamento autolesivo

Especificar se: Associado a alguma condição médica ou genética conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental

Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Transtornos de Tique

307.23 (F95.2) Transtorno de Tourette (81)

307.22 (F95.1) Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico) (81)

Especificar se: Apenas com tiques motores, Apenas com tiques vocais

307.21 (F95.0) Transtorno de Tique Transitório (81)
307.20 (F95.8) Outro Transtorno de Tique Especificado (85)
307.20 (F95.9) Transtorno de Tique Não Especificado (85)

Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento (86)

315.8 (F88) Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado (86)
315.9 (F89) Transtorno do Neurodesenvolvimento Não Especificado (86)

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (87)

Os seguintes especificadores se aplicam ao Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, conforme indicado:

[a]*Especificar* se: Os especificadores do curso a seguir devem ser usados somente após um ano de duração do transtorno: Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo; Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial; Primeiro episódio, atualmente em remissão completa; Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo; Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial; Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa; Contínuo; Não especificado

[b]*Especificar* se: Com catatonia (usar código adicional 293.89 [F06.1])

[c]*Especificar* a gravidade atual de delírios, alucinações, desorganização do discurso, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos

301.22 (F21) Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica (90)
297.1 (F22) Transtorno Delirante[a, c] (90)
Determinar o subtipo: Tipo erotomaníaco, Tipo grandioso, Tipo ciumento, Tipo persecutório, Tipo somático, Tipo misto, Tipo não especificado
Especificar se: Com conteúdo bizarro
298.8 (F23) Transtorno Psicótico Breve[b, c] (94)
Especificar se: Com estressor(es) evidente(s), Sem estressor(es) evidente(s), Com início no pós-parto
295.40 (F20.81) Transtorno Esquizofreniforme[b, c] (96)
Especificar se: Com características de bom prognóstico, Sem características de bom prognóstico
295.90 (F20.9) Esquizofrenia[a, b, c] (99)
___.__ (___.__) Transtorno Esquizoafetivo[a, b, c] (105)
Determinar o subtipo:
295.70 (F25.0) Tipo bipolar
295.70 (F25.1) Tipo depressivo
___.__ (___.__) Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento[c] (110)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência
___.__ (___.__) Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica[c] (115)
Determinar o subtipo:
293.81 (F06.2) Com delírios
293.82 (F06.0) Com alucinações

293.89 (F06.1) Catatonia Associada a Outro Transtorno Mental (Especificador de Catatonia) (119)
293.89 (F06.1) Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica (120)
293.89 (F06.1) Catatonia Não Especificada (121)
Nota: Codificar primeiro outros sintomas envolvendo sistemas nervoso e musculoesquelético **781.99 (R29.818)**
298.8 (F28) Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado (122)
298.9 (F29) Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado (122)

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados (123)

Os seguintes especificadores se aplicam ao Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, conforme indicado:

[a]*Especificar*: Com sintomas ansiosos (*especificar* a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com ciclagem rápida; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]); Com início no periparto; Com padrão sazonal

___.__ (___.__) Transtorno Bipolar Tipo I[a] (123)
___.__ (___.__) Episódio atual ou mais recente maníaco
296.41 (F31.11) Leve
296.42 (F31.12) Moderado
296.43 (F31.13) Grave
296.44 (F31.2) Com características psicóticas
296.45 (F31.73) Em remissão parcial
296.46 (F31.74) Em remissão completa
296.40 (F31.9) Não especificado
296.40 (F31.0) Episódio atual ou mais recente hipomaníaco
296.45 (F31.71) Em remissão parcial
296.46 (F31.72) Em remissão completa
296.40 (F31.9) Não especificado
___.__ (___.__) Episódio atual ou mais recente depressivo
296.51 (F31.31) Leve
296.52 (F31.32) Moderado
296.53 (F31.4) Grave
296.54 (F31.5) Com características psicóticas
296.55 (F31.75) Em remissão parcial
296.56 (F31.76) Em remissão completa
296.50 (F31.9) Não especificado
296.7 (F31.9) Episódio atual ou mais recente não especificado
296.89 (F31.81) Transtorno Bipolar Tipo II[a] (132)
Especificar episódio atual ou mais recente: Hipomaníaco, Depressivo
Especificar o curso se todos os critérios para um episódio de humor não estão atualmente satisfeitos: Em remissão parcial, Em remissão completa
Especificar a gravidade se todos os critérios para um episódio de humor estão atualmente satisfeitos: Leve, Moderada, Grave

301.13 (F34.0) Transtorno Ciclotímico (139)
Especificar se: Com sintomas ansiosos

___.__ (___.__) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (142)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência

293.83 (___.__) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (145)
Especificar se:
(F06.33) Com características maníacas
(F06.33) Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco
(F06.34) Com características mistas

296.89 (F31.89) Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado (148)

296.80 (F31.9) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado (149)

Transtornos Depressivos (155)

Os seguintes especificadores se aplicam aos Transtornos Depressivos, conforme indicado:
[a]*Especificar*: Com sintomas ansiosos (*especificar* gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com características mistas; Com características melancólicas; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (usar o código adicional 293.89 [F06.1]); Com início no periparto; Com padrão sazonal

296.99 (F34.8) Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (156)

___.__ (___.__) Transtorno Depressivo Maior[a] (160)
___.__ (___.__) Episódio único
296.21 (F32.0) Leve
296.22 (F32.1) Moderado
296.23 (F32.2) Grave
296.24 (F32.3) Com características psicóticas
296.25 (F32.4) Em remissão parcial
296.26 (F32.5) Em remissão completa
296.20 (F32.9) Não especificado

___.__ (___.__) Episódio recorrente
296.31 (F33.0) Leve
296.32 (F33.1) Moderado
296.33 (F33.2) Grave
296.34 (F33.3) Com características psicóticas
296.35 (F33.41) Em remissão parcial
296.36 (F33.42) Em remissão completa
296.30 (F33.9) Não especificado

300.4 (F34.1) Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)[a] (168)
Especificar se: Em remissão parcial, Em remissão completa
Especificar se: Início precoce, Início tardio
Especificar se: Com síndrome distímica pura; Com episódio depressivo maior persistente; Com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual; Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual

Especificar gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

625.4 (N94.3) Transtorno Disfórico Pré-menstrual (171)

___.__ (___.__) Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento (175)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência

293.83 (___.__) Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (180)
Especificar se:
(F06.31) Com características depressivas
(F06.32) Com episódio do tipo depressivo maior
(F06.34) Com características mistas

311 (F32.8) Outro Transtorno Depressivo Especificado (183)

311 (F32.9) Transtorno Depressivo Não Especificado (184)

Transtornos de Ansiedade (189)

309.21 (F93.0) Transtorno de Ansiedade de Separação (190)

313.23 (F94.0) Mutismo Seletivo (195)

300.29 (___.__) Fobia Específica (197)
Especificar se:
(F40.218) Animal
(F40.228) Ambiente natural
(___.__) Sangue-injeção-ferimentos
(F40.230) Medo de sangue
(F40.231) Medo de injeções e transfusões
(F40.232) Medo de outros cuidados médicos
(F40.233) Medo de ferimentos
(F40.248) Situacional
(F40.298) Outro

300.23 (F40.10) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (202)
Especificar se: Somente desempenho

300.01 (F41.0) Transtorno de Pânico (208)

___.__ (___.__) Especificador de Ataque de Pânico (214)

300.22 (F40.00) Agorafobia (218)

300.02 (F41.1) Transtorno de Ansiedade Generalizada (222)

___.__ (___.__) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento (226)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicamento

293.84 (F06.4) Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica (230)

300.09 (F41.8) Outro Transtorno de Ansiedade Especificado (233)

300.00 (F41.9) Transtorno de Ansiedade Não Especificado (234)

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados (235)

O seguinte especificador se aplica ao Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados, conforme indicado:

[a]*Especificar* se: Com *insight* bom ou razoável, Com *insight* pobre, Com *insight* ausente/crenças delirantes

300.3 (F42) Transtorno Obsessivo-compulsivo[a] (237)
Especificar se: Relacionado a tique

300.7 (F45.22) Transtorno Dismórfico Corporal[a] (242)
Especificar se: Com dismorfia muscular

300.3 (F42) Transtorno de Acumulação[a] (247)
Especificar se: Com aquisição excessiva

312.39 (F63.3) Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (251)

698.4 (L98.1) Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*) (254)

___.__ (___.__) Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (257)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicamento

294.8 (F06.8) Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (260)
Especificar se: Com sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo, Com preocupações com a aparência, Com sintomas de acumulação, Com sintomas de arrancar o cabelo, Com sintomas de beliscar a pele

300.3 (F42) Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Especificado (263)

300.3 (F42) Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Não Especificado

Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores (265)

313.89 (F94.1) Transtorno de Apego Reativo (265)
Especificar se: Persistente
Especificar a gravidade atual: Grave

313.89 (F94.2) Transtorno de Interação Social Desinibida (268)
Especificar se: Persistente
Especificar a gravidade atual: Grave

309.81 (F43.10) Transtorno de Estresse Pós-traumático (inclui Transtorno de Estresse Pós-traumático em crianças de 6 anos ou menos) (271)
Determinar o subtipo: Com sintomas dissociativos
Especificar se: Com expressão tardia

308.3 (F43.0) Transtorno de Estresse Agudo (280)

___.__ (___.__) Transtornos de Adaptação (287)
Determinar o subtipo:
309.0 (F43.21) Com humor deprimido
309.24 (F43.22) Com ansiedade
309.28 (F43.23) Com misto de ansiedade e depressão
309.3 (F43.24) Com perturbação da conduta
309.4 (F43.25) Com perturbação mista das emoções e da conduta
309.9 (F43.20) Não especificado

309.89 (F43.8) Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado (289)

309.9 (F43.9) Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado (290)

Transtornos Dissociativos (291)

300.14 (F44.81) Transtorno Dissociativo de Identidade (292)

300.12 (F44.0) Amnésia Dissociativa (298)
Especificar se:
300.13 (F44.1) Com fuga dissociativa

300.6 (F48.1) Transtorno de Despersonalização/Desrealização (302)

300.15 (F44.89) Outro Transtorno Dissociativo Especificado (306)

300.15 (F44.9) Transtorno Dissociativo Não Especificado (308)

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados (309)

300.82 (F45.1) Transtorno de Sintomas Somáticos (311)
Especificar se: Com dor predominante
Especificar se: Persistente
Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

300.7 (F45.21) Transtorno de Ansiedade de Doença (315)
Determinar o subtipo: Tipo busca de cuidado, Tipo evitação de cuidado

300.11 (___.__) Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais) (319)
Especificar o tipo de sintoma:
(F44.4) Com fraqueza ou paralisia
(F44.4) Com movimento anormal
(F44.4) Com sintomas de deglutição
(F44.4) Com sintoma de fala
(F44.5) Com ataques ou convulsões
(F44.6) Com anestesia ou perda sensorial
(F44.6) Com sintoma sensorial especial
(F44.7) Com sintomas mistos
Especificar se: Episódio agudo, Persistente
Especificar se: Com estressor psicológico (especificar estressor), Sem estressor psicológico

316 **(F54)** Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas (322)
Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave, Extrema

300.19 **(F68.10)** Transtorno Factício (inclui Transtorno Factício Autoimposto, Transtorno Factício Imposto a Outro) (325)
Especificar: Episódio único, Episódios recorrentes

300.89 **(F45.8)** Outro Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Especificado (327)

300.82 **(F45.9)** Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Não Especificado (328)

Transtornos Alimentares (329)

Os seguintes especificadores se aplicam aos Transtornos Alimentares, conforme indicado:
[a]*Especificar* se: Em remissão
[b]*Especificar* se: Em remissão parcial, Em remissão completa
[c]*Especificar* a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave, Extremo

307.52 **(___.__)** Pica[a] (329)
(F98.3) Em crianças
(F50.8) Em adultos

307.53 **(F98.21)** Transtorno de Ruminação[a] (332)

307.59 **(F50.8)** Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo[a] (334)

307.1 **(___.__)** Anorexia Nervosa[b, c] (338)
Determinar o subtipo:
(F50.01) Tipo restritivo
(F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa

307.51 **(F50.2)** Bulimia Nervosa[b, c] (345)

307.51 **(F50.8)** Transtorno de Compulsão Alimentar[b, c] (350)

307.59 **(F50.8)** Outro Transtorno Alimentar Especificado (353)

307.50 **(F50.9)** Transtorno Alimentar Não Especificado (354)

Transtornos da Eliminação (355)

307.6 **(F98.0)** Enurese (355)
Determinar o subtipo: Exclusivamente noturna, Exclusivamente diurna, Noturna e diurna

307.7 **(F98.1)** Encoprese (358)
Determinar o subtipo: Com constipação e incontinência por extravasamento, Sem constipação e incontinência por extravasamento

___.__ **(___.__)** Outro Transtorno da Eliminação Especificado (360)
788.39 **(N39.498)** Com sintomas urinários
787.60 **(R15.9)** Com sintomas fecais

___.__ **(___.__)** Transtorno da Eliminação Não Especificado (360)
788.30 **(R32)** Com sintomas urinários
787.60 **(R15.9)** Com sintomas fecais

Transtornos do Sono-Vigília (361)

Os seguintes especificadores se aplicam aos Transtornos do Sono-Vigília, conforme indicado:
[a]*Especificar* se: Episódico, Persistente, Recorrente
[b]*Especificar* se: Agudo, Subagudo, Persistente
[c]*Especificar* gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

307.42 (F51.01) Transtorno de Insônia[a] (362)
Especificar se: Com comorbidade mental causada por transtorno não relacionado ao sono, Com outra comorbidade médica, Com outro transtorno do sono

307.44 (F51.11) Transtorno de Hipersonolência[b, c] (368)
Especificar se: Com transtorno mental, Com condição médica, Com outro transtorno do sono

___.__ (___.__) Narcolepsia[c] (373)
Determinar o subtipo:

347.00 (G47.419) Narcolepsia sem cataplexia, porém com deficiência de hipocretina
347.01 (G47.411) Narcolepsia com cataplexia, porém sem deficiência de hipocretina
347.00 (G47.419) Ataxia cerebelar dominante autossômica, surdez e narcolepsia
347.00 (G47.419) Narcolepsia autossômica dominante, obesidade e diabetes tipo 2
347.10 (G47.429) Narcolepsia secundária a outra condição médica

Transtornos do Sono Relacionados à Respiração (378)

327.23 (G47.33) Apneia e Hipopneia Obstrutivas do Sono[c] (378)

___.__ (___.__) Apneia Central do Sono (383)
Determinar o subtipo:

327.21 (G47.31) Apneia central do sono tipo idiopática
786.04 (R06.3) Respiração de Cheyne-Stokes
780.57 (G47.37) Apneia central do sono comórbida com uso de opioides
Nota: Codificar primeiramente o transtorno por uso de opioide, caso presente.
Especificar a gravidade atual

___.__ (___.__) Hipoventilação Relacionada ao Sono (387)
Determinar o subtipo:

327.24 (G47.34) Hipoventilação idiopática
327.25 (G47.35) Hipoventilação alveolar central congênita
327.26 (G47.36) Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
Especificar a gravidade atual

___.__ (___.__) Transtornos do Sono-Vigília do Ritmo Circadiano[a] (390)
Determinar o subtipo:

307.45 (G47.21) Tipo fase do sono atrasada (391)
Especificar se: Familiar, Sobrepondo-se com o tipo sono-vigília não de 24 horas

307.45 (G47.22) Tipo fase do sono avançada (393)
Especificar se: Familiar

307.45 (G47.23) Tipo sono-vigília irregular (395)
307.45 (G47.24) Tipo sono-vigília não de 24 horas (396)

307.45 (G47.26) Tipo trabalho em turnos (398)
307.45 (G47.20) Tipo não especificado

Parassonias (399)

___.__ (___.__) Transtornos de Despertar do Sono Não REM (399)
Determinar o subtipo:
307.46 (F51.3) Tipo sonambulismo
Especificar se: Com alimentação relacionada ao sono, Com comportamento sexual relacionado ao sono (sexsônia)
307.46 (F51.4) Tipo terror no sono
307.47 (F51.5) Transtorno do Pesadelo[b, c] (404)
Especificar se: Durante início do sono
Especificar se: Com transtorno não relacionado ao sono associado, Com outra condição médica associada, Com outro transtorno do sono associado
327.42 (G47.52) Transtorno Comportamental do Sono REM (408)
333.94 (G25.81) Síndrome das Pernas Inquietas (411)
___.__ (___.__) Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento (414)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Determinar o subtipo: Tipo insônia, Tipo sonolência durante o dia, Tipo parassonia, Tipo misto
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a descontinuação/abstinência
780.52 (G47.09) Outro Transtorno de Insônia Especificado (421)
780.52 (G47.00) Transtorno de Insônia Não Especificado (421)
780.54 (G47.19) Outro Transtorno de Hipersonolência Especificado (421)
780.54 (G47.10) Transtorno de Hipersonolência Não Especificado (422)
780.59 (G47.8) Outro Transtorno do Sono-Vigília Especificado (422)
780.59 (G47.9) Transtorno do Sono-Vigília Não Especificado (422)

Disfunções Sexuais (423)

Os seguintes especificadores se aplicam às Disfunções Sexuais, conforme indicado:
[a]*Determinar* o subtipo: Ao longo da vida, Adquirido
[b]*Determinar* o subtipo: Generalizado, Situacional
[c]*Especificar* a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

302.74 (F52.32) Ejaculação Retardada[a, b, c] (424)
302.72 (F52.21) Transtorno Erétil[a, b, c] (426)
302.73 (F52.31) Transtorno do Orgasmo Feminino[a, b, c] (429)
Especificar se: Nunca experimentou um orgasmo em nenhuma situação
302.72 (F52.22) Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino[a, b, c] (433)
302.76 (F52.6) Transtorno da Dor Gênito-pélvica/Penetração[a, c] (437)

302.71 (F52.0) Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo [a, b, c] (441)

302.75 (F52.4) Ejaculação Prematura (Precoce)[a, b, c] (443)

___.__ (___.__) Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento[c] (446)
Nota: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Especificar se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após o uso de medicamento

302.79 (F52.8) Outra Disfunção Sexual Especificada (450)

302.70 (F52.9) Disfunção Sexual Não Especificada (450)

Disforia de Gênero (451)

___.__ (___.__) Disforia de Gênero (452)

302.6 (F64.2) Disforia de Gênero em Crianças
Especificar se: Com um transtorno de desenvolvimento sexual

302.85 (F64.1) Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos
Especificar se: Com um transtorno de desenvolvimento sexual
Especificar se: Pós-transição

Nota: Codificar o transtorno de desenvolvimento sexual, caso presente, além de disforia de gênero.

302.6 (F64.8) Outra Disforia de Gênero Especificada (460)

302.6 (F64.9) Disforia de Gênero Não Especificada (460)

Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (461)

313.81 (F91.3) Transtorno de Oposição Desafiante (462)
Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

312.34 (F63.81) Transtorno Explosivo Intermitente (466)

___.__ (___.__) Transtorno da Conduta (470)
Determinar o subtipo:

312.81 (F91.1) Tipo com início na infância
312.82 (F91.2) Tipo com início na adolescência
312.89 (F91.9) Início não especificado

Especificar se: Com emoções pró-sociais limitadas
Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

301.7 (F60.2) Transtorno da Personalidade Antissocial (476)

312.33 (F63.1) Piromania (476)

312.32 (F63.2) Cleptomania (478)

312.89 (F91.8) Outro Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos ou da Conduta Especificado (480)

312.9 (F91.9) Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos e da Conduta Não Especificado (480)

Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (481)

Os seguintes especificadores e nota se aplicam aos Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos, conforme indicado:
[a]*Especificar* se: Em remissão inicial, Em remissão sustentada
[b]*Especificar* se: Em ambiente protegido
[c]*Especificar* se: Com perturbações da percepção
[d]O código da CID-10-MC indica a presença comórbida de transtorno por uso de substância moderado ou grave, o qual deve estar presente para a aplicação do código para abstinência de substância.

Transtornos Relacionados a Substâncias (483)

Transtornos Relacionados ao Álcool (490)

___.__	(___.__)	Transtorno por Uso de Álcool[a, b] (491)
		Especificar a gravidade atual:
305.00	**(F10.10)**	Leve
303.90	**(F10.20)**	Moderada
303.90	**(F10.20)**	Grave
303.00	(___.__)	Intoxicação por Álcool (497)
	(F10.129)	Com transtorno por uso, leve
	(F10.229)	Com transtorno por uso, moderado ou grave
	(F10.929)	Sem transtorno por uso
291.81	(___.__)	Abstinência de Álcool[c, d] (499)
	(F10.239)	Sem perturbações da percepção
	(F10.232)	Com perturbações da percepção
	(___.__)	Outros Transtornos Induzidos por Álcool (502)
291.9	**(F10.99)**	Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado (503)

Transtornos Relacionados à Cafeína (503)

305.90	**(F15.929)**	Intoxicação por Cafeína (503)
292.0	**(F15.93)**	Abstinência de Cafeína (506)
___.__	(___.__)	Outros Transtornos Induzidos por Cafeína (508)
292.9	**(F15.99)**	Transtorno Relacionado à Cafeína Não Especificado (509)

Transtornos Relacionados a *Cannabis* (509)

___.__	(___.__)	Transtorno por Uso de *Cannabis*[a, b] (509)
		Especificar a gravidade atual:
305.20	**(F12.10)**	Leve
304.30	**(F12.20)**	Moderada
304.30	**(F12.20)**	Grave

292.89 (___.__) Intoxicação por *Cannabis*[c] (516)
Sem perturbações da percepção
(F12.129) Com transtorno por uso, leve
(F12.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F12.929) Sem transtorno por uso
Com perturbações da percepção
(F12.122) Com transtorno por uso, leve
(F12.222) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F12.922) Sem transtorno por uso

292.0 (F12.288) Abstinência de *Cannabis*[d] (517)

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por *Cannabis* (519)

292.9 (F12.99) Transtorno Relacionado a *Cannabis* Não Especificado (519)

Transtornos Relacionados a Alucinógenos (520)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Fenciclidina[a, b] (520)
Especificar a gravidade atual:
305.90 (F16.10) Leve
304.60 (F16.20) Moderada
304.60 (F16.20) Grave

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos[a, b] (523)
Especificar o alucinógeno
Especificar a gravidade atual:
305.30 (F16.10) Leve
304.50 (F16.20) Moderada
304.50 (F16.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicação por Fenciclidina (527)
(F16.129) Com transtorno por uso, leve
(F16.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F16.929) Sem transtorno por uso

292.89 (___.__) Intoxicação por Outros Alucinógenos (529)
(F16.129) Com transtorno por uso, leve
(F16.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F16.929) Sem transtorno por uso

292.89 (F16.983) Transtorno Persistente da Percepção Induzido por Alucinógenos (531)

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina (532)

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos (532)

292.9 (F16.99) Transtorno Relacionado a Fenciclidina Não Especificado (533)

292.9 (F16.99) Transtorno Relacionado a Alucinógenos Não Especificado (533)

Transtornos Relacionados a Inalantes (533)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Inalantes[a, b] (533)
Especificar o inalante
Especificar a gravidade atual:
305.90 (F18.10) Leve

304.60 (F18.20) Moderada
304.60 (F18.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicação por Inalantes (538)
(F18.129) Com transtorno por uso, leve
(F18.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F18.929) Sem transtorno por uso

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Inalantes (540)

292.9 (F18.99) Transtorno Relacionado a Inalantes Não Especificado (540)

Transtornos Relacionados a Opioides (541)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Opioides[a] (541)
Especificar se: Em terapia de manutenção, Em ambiente protegido
Especificar a gravidade atual:
305.50 (F11.10) Leve
304.00 (F11.20) Moderada
304.00 (F11.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicação por Opioides[c] (546)
Sem perturbações da percepção
(F11.129) Com transtorno por uso, leve
(F11.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F11.929) Sem transtorno por uso
Com perturbações da percepção
(F11.122) Com transtorno por uso, leve
(F11.222) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F11.922) Sem transtorno por uso

292.0 (F11.23) Abstinência de Opioides[d] (547)

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Opioides (549)

292.9 (F11.99) Transtorno Relacionado a Opioides Não Especificado (550)

Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (550)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos[a, b] (550)
Especificar a gravidade atual:
305.40 (F13.10) Leve
304.10 (F13.20) Moderada
304.10 (F13.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (556)
(F13.129) Com transtorno por uso, leve
(F13.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F13.929) Sem transtorno por uso

292.0 (___.__) Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos[c, d] (557)
(F13.239) Sem perturbações da percepção
(F13.232) Com perturbações da percepção

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (560)

292.9 (F13.99) Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificado (560)

Transtornos Relacionados a Estimulantes (561)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Estimulantes[a, b] (561)
Especificar a gravidade atual:

___.__ (___.__) Leve

305.70 (F15.10) Substância tipo anfetamina

305.60 (F14.10) Cocaína

305.70 (F15.10) Outro estimulante ou estimulante não especificado

___.__ (___.__) Moderada

304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado

___.__ (___.__) Grave

304.40 (F15.20) Substância tipo anfetamina

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Outro estimulante ou estimulante não especificado

292.89 (___.__) Intoxicação por Estimulantes[c] (567)
Especificar o intoxicante

292.89 (___.__) Anfetamina ou outro estimulante, Sem perturbações da percepção

(F15.129) Com transtorno por uso, leve

(F15.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave

(F15.929) Sem transtorno por uso

292.89 (___.__) Cocaína, Sem perturbações da percepção

(F14.129) Com transtorno por uso, leve

(F14.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave

(F14.929) Sem transtorno por uso

292.89 (___.__) Anfetamina ou outro estimulante, Com perturbações da percepção

(F15.122) Com transtorno por uso, leve

(F15.222) Com transtorno por uso, moderado ou grave

(F15.922) Sem transtorno por uso

292.89 (___.__) Cocaína, Com perturbações da percepção

(F14.122) Com transtorno por uso, leve

(F14.222) Com transtorno por uso, moderado ou grave

(F14.922) Sem transtorno por uso

292.0 (___.__) Abstinência de Estimulantes[d] (569)
Especificar a substância específica causadora da síndrome de abstinência

(F15.23) Anfetamina ou outro estimulante

(F14.23) Cocaína

___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Estimulantes (570)

292.9 (___.__) Transtorno Relacionado a Estimulantes Não Especificado (570)
(F15.99) Anfetamina ou outro estimulante
(F14.99) Cocaína

Transtornos Relacionados ao Tabaco (571)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Tabaco[a] (571)
Especificar se: Em terapia de manutenção, Em ambiente protegido
Especificar a gravidade atual:
305.1 **(Z72.0)** Leve
305.1 **(F17.200)** Moderada
305.1 **(F17.200)** Grave
292.0 **(F17.203)** Abstinência de Tabaco[d] (575)
___.__ (___.__) Outros Transtornos Induzidos por Tabaco (576)
292.9 **(F17.209)** Transtorno Relacionado a Tabaco Não Especificado (577)

Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (577)

___.__ (___.__) Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)[a,b] (577)
Especificar a gravidade atual:
305.90 **(F19.10)** Leve
304.90 **(F19.20)** Moderada
304.90 **(F19.20)** Grave
292.89 (___.__) Intoxicação por Outra Substância (ou Substância Desconhecida) (581)
(F19.129) Com transtorno por uso, leve
(F19.229) Com transtorno por uso, moderado ou grave
(F19.929) Sem transtorno por uso
292.0 **(F19.239)** Abstinência de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)[d] (583)
___.__ (___.__) Transtornos Induzidos por Outra Substância (ou Substância Desconhecida) (585)
292.9 **(F19.99)** Transtorno Relacionado a Outra Substância (ou Substância Desconhecida) Não Especificado (585)

Transtornos Não Relacionados a Substância (585)

312.31 **(F63.0)** Transtorno do Jogo[a] (585)
Especificar se: Episódico, Persistente
Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Transtornos Neurocognitivos (591)

___.__ (___.__) *Delirium* (596)
[a]**Nota**: Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC.
Determinar o subtipo:
___.__ (___.__) *Delirium* por intoxicação por substância[a]
___.__ (___.__) *Delirium* por abstinência de substância[a]
292.81 (___.__) *Delirium* induzido por medicamento[a]
293.0 **(F05)** *Delirium* devido a outra condição médica

293.0 **(F05)** *Delirium* devido a múltiplas etiologias
Especificar se: Agudo, Persistente
Especificar se: Hiperativo, Hipoativo, Nível misto de atividade

780.09 **(R41.0)** Outro *Delirium* Especificado (601)

780.09 **(R41.0)** *Delirium* Não Especificado (602)

Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves (602)

Determinar o subtipo devido a: Doença de Alzheimer, Degeneração lobar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infecção por HIV, Doença de príon, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica, Múltiplas etiologias, Não especificado

[a]*Especificar*: Sem perturbação comportamental, Com perturbação comportamental. *Para possíveis transtornos neurocognitivos maiores e para transtornos neurocognitivos leves, não há como codificar a perturbação comportamental, mas ainda assim ela deve ser indicada por escrito*.

[b]*Especificar* a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave. *Este especificador se aplica apenas aos transtornos neurocognitivos maiores (incluindo prováveis e possíveis)*.

Nota: Conforme a indicação para cada subtipo, faz-se necessário um código médico adicional para transtorno neurocognitivo maior provável ou para transtorno neurocognitivo maior. *Não* se deve usar um código médico adicional para transtorno neurocognitivo maior possível nem para transtorno neurocognitivo leve.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer (611)

___.__ **(___.__)** Provável Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença de Alzheimer[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.9 **(G31.9)** Possível Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença de Alzheimer[a, b]

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Alzheimer[a]

Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Maior ou Leve (614)

___.__ **(___.__)** Provável Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Degeneração Lobar Frontotemporal[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **331.19 (G31.09)** doença frontotemporal.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.9 **(G31.9)** Possível Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Degeneração Lobar Frontotemporal[a, b]

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Degeneração Lobar Frontotemporal[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy (618)

___.__ **(___.__)** Provável Transtorno Neurocognitivo Maior com Corpos de Lewy[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **331.82 (G31.83)** doença com corpos de Lewy.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.9 **(G31.9)** Possível Transtorno Neurocognitivo Maior com Corpos de Lewy[a, b]

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve com Corpos de Lewy[a]

Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve (621)

___.__ **(___.__)** Provável Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior[b]
Nota: Não há código médico adicional para doença vascular.

290.40 **(F01.51)** Com perturbação comportamental

290.40 **(F01.50)** Sem perturbação comportamental

331.9 **(G31.9)** Possível Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior [a, b]

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Vascular Leve[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática (624)

___.__ **(___.__)** Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Lesão Cerebral Traumática[b]
Nota: Para a CID-9-MC, codificar em primeiro lugar **907.0** efeito tardio de lesão intracraniana sem fratura do crânio. Para a CID-10-MC, codificar em primeiro lugar **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa, com perda de consciência de duração não especificada, sequela.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento[a] (627)

Nota: Não há código médico adicional. Ver o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para cada substância e codificação da CID-9-CM e da CID-10-CM.

Especificar se: Persistente

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Infecção por HIV (632)

___.__ **(___.__)** Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Infecção por HIV[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **042 (B120)** infecção por HIV.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Infecção por HIV[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença do Príon (634)

___.__ **(___.__)** Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença do Príon[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **046.79 (A81.9)** doença do príon.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.83 **(G31.84)** Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença do Príon[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Parkinson (636)

___.__ **(___.__)** Transtorno Neurocognitivo Maior Provavelmente Devido à Doença de Parkinson[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **332.02 (G20)** doença de Parkinson.

294.11 **(F02.81)** Com perturbação comportamental

294.10 **(F02.80)** Sem perturbação comportamental

331.9 (G31.9) Transtorno Neurocognitivo Maior Possivelmente Devido à Doença de Parkinson[a, b]

331.83 (G31.84) Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Parkinson[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Huntington (638)

___.__ (___.__) Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença de Huntington[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar **333.4 (G10)** doença de Huntington.

294.11 (F02.81) Com perturbação comportamental

294.10 (F02.80) Sem perturbação comportamental

331.83 (G31.84) Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Huntington[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Outra Condição Médica (641)

___.__ (___.__) Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Outra Condição Médica[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar a outra condição médica.

294.11 (F02.81) Com perturbação comportamental

294.10 (F02.80) Sem perturbação comportamental

331.83 (G31.84) Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Outra Condição Médica[a]

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Múltiplas Etiologias (642)

___.__ (___.__) Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Múltiplas Etiologias[b]
Nota: Codificar em primeiro lugar todas as condições médicas etiológicas (com exceção de doença vascular).

294.11 (F02.81) Com perturbação comportamental

294.10 (F02.80) Sem perturbação comportamental

331.83 (G31.84) Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Múltiplas Etiologias[a]

Transtorno Neurocognitivo Não Especificado (643)

799.59 (R41.9) Transtorno Neurocognitivo Não Especificado[a]

Transtornos da Personalidade (645)

Transtornos da Personalidade do Grupo A

301.0 (F60.0) Transtorno da Personalidade Paranoide (649)

301.20 (F60.1) Transtorno da Personalidade Esquizoide (652)

301.22 (F21) Transtorno da Personalidade Esquizotípica (655)

Transtornos da Personalidade do Grupo B

301.7 (F60.2) Transtorno da Personalidade Antissocial (659)

301.83 (F60.3) Transtorno da Personalidade *Borderline* (663)

301.50 (F60.4) Transtorno da Personalidade Histriônica (667)

301.81 (F60.81) Transtorno da Personalidade Narcisista (669)

Transtornos da Personalidade do Grupo C

301.82 (F60.6) Transtorno da Personalidade Evitativa (672)

301.6 (F60.7) Transtorno da Personalidade Dependente (675)

301.4 (F60.5) Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva (678)

Outros Transtornos da Personalidade

310.1 (F07.0) Mudança de Personalidade Devido a Outra Condição Médica (682)
Determinar o subtipo: Tipo lábil, Tipo desinibido, Tipo agressivo, Tipo apático, Tipo paranoide, Outro tipo, Tipo combinado, Tipo não especificado

301.89 (F60.89) Outro Transtorno da Personalidade Especificado (684)

301.9 (F60.9) Transtorno da Personalidade Não Especificado (684)

Transtornos Parafílicos (685)

O seguinte especificador se aplica aos Transtornos Parafílicos, conforme indicado:
[a]*Especificar* se: Em ambiente protegido, Em remissão completa

302.82 (F65.3) Transtorno Voyeurista[a] (686)

302.4 (F65.2) Transtorno Exibicionista[a] (689)
Determinar o subtipo: Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes, Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a indivíduos fisicamente maduros, Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a indivíduos fisicamente maduros

302.89 (F65.81) Transtorno Frotteurista[a] (691)

302.83 (F65.51) Transtorno do Masoquismo Sexual[a] (694)
Especificar se: Com asfixiofilia

302.84 (F65.52) Transtorno do Sadismo Sexual[a] (696)

302.2 (F65.4) Transtorno Pedofílico (698)
Determinar o subtipo: Tipo exclusivo, Tipo não exclusivo
Especificar se: Sexualmente atraído por indivíduos do sexo masculino, Sexualmente atraído por indivíduos do sexo feminino, Sexualmente atraído por ambos
Especificar se: Limitado a incesto

302.81 (F65.0) Transtorno Fetichista[a] (701)
Especificar: Parte(s) do corpo, Objeto(s) inanimado(s), Outro

302.3 (F65.1) Transtorno Transvéstico[a] (703)
Especificar se: Com fetichismo, Com autoginefilia

302.89 (F65.89) Outro Transtorno Parafílico Especificado (705)

302.9 (F65.9) Transtorno Parafílico Não Especificado (706)

Outros Transtornos Mentais (707)

294.8 (F06.8) Outro Transtorno Mental Especificado Devido a Outra Condição Médica (707)

294.9 (F09) Transtorno Mental Não Especificado Devido a Outra Condição Médica (708)

300.9 (F99) Outro Transtorno Mental Especificado (708)

300.9 (F99) Transtorno Mental Não Especificado (708)

Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos (709)

332.1 (G21.11) Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico (709)
332.1 (G21.19) Parkinsonismo Induzido por Outro Medicamento (709)
333.92 (G21.0) Síndrome Neuroléptica Maligna (709)
333.72 (G24.02) Distonia Aguda Induzida por Medicamento (711)
333.99 (G25.71) Acatisia Aguda Induzida por Medicamento (712)
333.85 (G24.01) Discinesia Tardia (712)
333.72 (G24.09) Distonia Tardia (712)
333.99 (G25.71) Acatisia Tardia (712)
333.1 (G25.1) Tremor Postural Induzido por Medicamento (712)
333.99 (G25.79) Outro Transtorno do Movimento Induzido por Medicamento (712)
___.__ (___.__) Síndrome da Descontinuação de Antidepressivos (713)
995.29 (T43.205A) Consulta inicial
995.29 (T43.205D) Consulta de seguimento
995.29 (T43.205S) Sequelas
___.__ (___.__) Outros Efeitos Adversos dos Medicamentos (714)
995.20 (T50.905A) Consulta inicial
995.20 (T50.905D) Consulta de seguimento
995.20 (T50.905S) Sequelas

Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica (715)

Problemas de Relacionamento (715)

Problemas Relacionados à Educação Familiar (715)

V61.20 (Z62.820) Problema de Relacionamento entre Pais e Filhos (715)
V61.8 (Z62.891) Problema de Relacionamento com Irmão (716)
V61.8 (Z62.29) Educação Longe dos Pais (716)
V61.29 (Z62.898) Criança Afetada por Sofrimento na Relação dos Pais (716)

Outros Problemas Relacionados a Grupo de Apoio Primário (716)

V61.10 (Z63.0) Sofrimento na Relação com o Cônjuge ou Parceiro Íntimo (716)
V61.03 (Z63.5) Ruptura da Família por Separação ou Divórcio (716)
V61.8 (Z63.8) Nível de Expressão Emocional Alto na Família (716)
V62.82 (Z63.4) Luto sem Complicações (716)

Abuso e Negligência (717)

Problemas de Maus-tratos e Negligência Infantil (717)

Abuso Físico Infantil (717)

Abuso Físico Infantil Confirmado (717)

995.54 **(T74.12XA)** Consulta inicial

995.54 **(T74.12XD)** Consulta de seguimento

Abuso Físico Infantil Suspeitado (717)

995.54 **(T76.12XA)** Consulta inicial

995.54 **(T76.12XD)** Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Físico Infantil (718)

V61.21 **(Z69.010)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil por um dos pais

V61.21 **(Z69.020)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil não parental

V15.41 **(Z62.810)** História pessoal (história anterior) de abuso físico na infância

V61.22 **(Z69.011)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil não parental

Abuso Sexual Infantil (718)

Abuso Sexual Infantil Confirmado (718)

995.53 **(T74.22XA)** Consulta inicial

995.53 **(T74.22XD)** Consulta de seguimento

Abuso Sexual Infantil Suspeitado (718)

995.53 **(T76.22XA)** Consulta inicial

995.53 **(T76.22XD)** Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Sexual Infantil (718)

V61.21 **(Z69.010)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil por um dos pais

V61.21 **(Z69.020)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil não parental

V15.41 **(Z62.810)** História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância

V61.22 **(Z69.011)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil não parental

Negligência Infantil (718)

Negligência Infantil Confirmada (719)

995.52 **(T74.02XA)** Consulta inicial

995.52 **(T74.02XD)** Consulta de seguimento

Negligência Infantil Suspeitada (719)
995.52 **(T76.02XA)** Consulta inicial

995.52 **(T76.02XD)** Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Negligência Infantil (719)
V61.21 **(Z69.010)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil por um dos pais

V61.21 **(Z69.020)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil não parental

V15.42 **(Z62.812)** História pessoal (história anterior) de negligência na infância

V61.22 **(Z69.011)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil não parental

Abuso Psicológico Infantil (719)
Abuso Psicológico Infantil Confirmado (719)
995.51 **(T74.32XA)** Consulta inicial

995.51 **(T74.32XD)** Consulta de seguimento

Abuso Psicológico Infantil Suspeitado (719)
995.51 **(T76.32XA)** Consulta inicial

995.51 **(T76.32XD)** Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Psicológico Infantil (719)
V61.21 **(Z69.010)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil por um dos pais

V61.21 **(Z69.020)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil não parental

V15.42 **(Z62.811)** História pessoal (história anterior) de abuso psicológico na infância

V61.22 **(Z69.011)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil não parental

Problemas de Maus-tratos e Negligência de Adultos (720)

Violência Física de Cônjuge ou Parceiro (720)
Violência Física de Cônjuge ou Parceiro Confirmada (720)
995.81 **(T74.11XA)** Consulta inicial

995.81 **(T74.11XD)** Consulta de seguimento

Violência Física de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada (720)
995.81 **(T76.11XA)** Consulta inicial

995.81 **(T76.11XD)** Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Violência Física de Cônjuge ou Parceiro (720)
V61.11 **(Z69.11)** Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência física de cônjuge ou parceiro

V15.41 (Z91.410) História pessoal (história anterior) de violência física de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência física de cônjuge ou parceiro

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro (720)

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro Confirmada (720)

995.83 (T74.21XA) Consulta inicial

995.83 (T74.21XD) Consulta de seguimento

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada (720)

995.83 (T76.21XA) Consulta inicial

995.83 (T76.21XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro (720)

V61.11 (Z69.81) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência sexual de cônjuge ou parceiro

V15.41 (Z91.410) História pessoal (história anterior) de violência sexual de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência sexual de cônjuge ou parceiro

Negligência de Cônjuge ou Parceiro (721)

Negligência de Cônjuge ou Parceiro Confirmada (721)

995.85 (T74.01XA) Consulta inicial

995.85 (T74.01XD) Consulta de seguimento

Negligência de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada (721)

995.85 (T76.01XA) Consulta inicial

995.85 (T76.01XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Negligência de Cônjuge ou Parceiro (721)

V61.11 (Z69.11) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro

V15.42 (Z91.412) História pessoal (história anterior) de negligência de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro (721)

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro Confirmado (721)

995.82 (T74.31XA) Consulta inicial

995.82 (T74.31XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro Suspeitado (721)

995.82 (T76.31XA) Consulta inicial

995.82 (T76.31XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro (721)

V61.11 (Z69.11) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

V15.42 (Z91.411) História pessoal (história anterior) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

Abuso de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro (722)

Abuso Físico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado (722)

995.81 (T74.11XA) Consulta inicial

995.81 (T74.11XD) Consulta de seguimento

Abuso Físico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado (722)

995.81 (T76.11XA) Consulta inicial

995.81 (T76.11XD) Consulta de seguimento

Abuso Sexual de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado (722)

995.83 (T74.21XA) Consulta inicial

995.83 (T74.21XD) Consulta de seguimento

Abuso Sexual de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado (722)

995.83 (T76.21XA) Consulta inicial

995.83 (T76.21XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado (722)

995.82 (T74.31XA) Consulta inicial

995.82 (T74.31XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado (722)

995.82 (T76.31XA) Consulta inicial

995.82 (T76.31XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro (722)

V65.49 (Z69.81) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro

V62.83 (Z69.82) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro

Problemas Educacionais ou Profissionais (723)

Problemas Educacionais (723)

V62.3 (Z55.9) Problema Acadêmico ou Educacional (723)

Problemas Profissionais (723)

V62.21 (Z56.82) Problema Relacionado a Condição Atual de Preparação Militar (723)

V62.29 (Z56.9) Outro Problema Relacionado a Emprego (723)

Problemas de Moradia e Econômicos (723)

Problemas de Moradia (723)

V60.0 (Z59.0) Os Sem-teto (723)

V60.1 (Z59.1) Moradia Inadequada (723)

V60.89 (Z59.2) Desentendimento com Vizinho, Locatário ou Locador (724)

V60.6 (Z59.3) Problema Relacionado a Moradia em Instituição Especial (724)

Problemas Econômicos (724)

V60.2 (Z59.4) Falta de Alimento Adequado ou de Água Potável para Consumo (724)

V60.2 (Z59.5) Pobreza Extrema (724)

V60.2 (Z59.6) Baixa Renda (724)

V60.2 (Z59.7) Seguro Social ou Previdência Social Insuficientes (724)

V60.9 (Z59.9) Moradia ou Problema Econômico Não Especificado (724)

Outros Problemas Relacionados ao Ambiente Social (724)

V62.89 (Z60.0) Problema Relacionado à Fase da Vida (724)

V60.3 (Z60.2) Problema Relacionado a Morar Sozinho (724)

V62.4 (Z60.3) Dificuldade de Aculturação (724)

V62.4 (Z60.4) Exclusão ou Rejeição Social (724)

V62.4 (Z60.5) Alvo de Discriminação ou Perseguição Adversa (Percebida) (725)

V62.9 (Z60.9) Problema Não Especificado Relacionado ao Ambiente Social (725)

Problemas Relacionados a Crimes ou Interação com o Sistema Legal (725)

V62.89 (Z65.4) Vítima de Crime (725)

V62.5 (Z65.0) Condenação em Processo Cível ou Criminal Sem Prisão (725)

V62.5 (Z65.1) Prisão ou Outro Encarceramento (725)

V62.5 (Z65.2) Problemas Relacionados à Libertação da Prisão (725)

V62.5 (Z65.3) Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Legais (725)

Outras Consultas de Serviços de Saúde para Aconselhamento e Opinião Médica (725)

V65.49 (Z70.9) Aconselhamento Sexual (725)

V65.40 (Z71.9) Outro Aconselhamento ou Consulta (725)

Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Psicossociais, Pessoais e Ambientais (725)

V62.89 (Z65.8) Problema Religioso ou Espiritual (725)

V61.7 (Z64.0) Problemas Relacionados a Gravidez Indesejada (725)

V61.5 (Z64.1) Problemas Relacionados a Múltiplas Gestações (725)

V62.89 (Z64.4) Desentendimento com Provedor de Assistência Social, Inclusive Oficial de Condicional, Gerente de Caso ou Assistente Social (726)

V62.89 (Z65.4) Vítima de Terrorismo ou Tortura (726)

V62.22 (Z65.5) Exposição a Desastre, Guerra ou Outras Hostilidades (726)

V62.89 (Z65.8) Outro Problema Relacionado a Circunstâncias Psicossociais (726)

V62.9 (Z65.9) Problema Não Especificado Relacionado a Circunstâncias Psicossociais Não Especificadas (726)

Outras Circunstâncias da História Pessoal (726)

V15.49 **(Z91.49)** Outra História Pessoal de Trauma Psicológico (726)

V15.59 **(Z91.5)** História Pessoal de Autolesão (726)

V62.22 **(Z91.82)** História Pessoal de Preparação Militar (726)

V15.89 **(Z91.89)** Outros Fatores de Risco Pessoais (726)

V69.9 **(Z72.9)** Problema Relacionado ao Estilo de Vida (726)

V71.01 **(Z72.811)** Comportamento Antissocial Adulto (726)

V71.02 **(Z72.810)** Comportamento Antissocial de Criança ou Adolescente (726)

Problemas Relacionados a Acesso a Atendimento Médico ou Outro Atendimento de Saúde (726)

V63.9 **(Z75.3)** Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Instalações de Atendimento de Saúde (726)

V63.8 **(Z75.4)** Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Outras Agências de Ajuda (726)

Não Adesão a Tratamento Médico (726)

V15.81 **(Z91.19)** Não Adesão a Tratamento Médico (726)

278.00 **(E66.9)** Sobrepeso ou Obesidade (727)

V65.2 **(Z76.5)** Simulação (727)

V40.31 **(Z91.83)** Perambulação Associada a Algum Transtorno Mental (727)

V62.89 **(R41.83)** Funcionamento Intelectual *Borderline* (727)

Prefácio

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), da American Psychiatric Association, é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos. Com sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se uma referência para a prática clínica na área da saúde mental. Devido à impossibilidade de uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes à maioria dos transtornos mentais, é importante enfatizar que os critérios diagnósticos atuais constituem a melhor descrição disponível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos por clínicos treinados. O DSM se propõe a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de uma ferramenta para clínicos, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área.

Embora esta edição tenha sido elaborada, acima de tudo, como um guia para a prática clínica, tratando-se de uma nomenclatura oficial, o Manual deve funcionar em uma ampla gama de contextos. O DSM tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica) que buscam uma linguagem comum para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações aqui resumidas são úteis para todos os profissionais ligados aos diversos aspectos dos cuidados com a saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, especialistas das áreas forense e legal, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais da área da saúde. Os critérios são concisos e claros, e sua intenção é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos – internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta), clínica, consultório particular e atenção primária –, bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. O DSM-5 também é um instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais. Por fim, os critérios e o texto correspondente servem como livro-texto para estudantes que precisam de uma forma estruturada para compreender e diagnosticar transtornos mentais, bem como para profissionais experientes que encontram transtornos raros pela primeira vez. Felizmente, todos esses usos são compatíveis entre si.

Esses interesses e necessidades variados foram levados em consideração no planejamento do DSM-5. A classificação dos transtornos está harmonizada com a *Classificação internacional de doenças* (CID), da Organização Mundial da Saúde, o sistema oficial de codificação usado nos Estados Unidos, de forma que os critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID. No DSM-5, as codificações da CID-9-MC e da CID-10-MC (esta última programada para entrar em vigor em outubro de 2014) estão vinculadas aos transtornos relevantes na classificação.

Embora o DSM-5 continue sendo uma classificação categórica de transtornos individuais, reconhecemos que transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno. Alguns domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, envolvem múltiplas categorias diagnósticas e podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns a um grupo maior de transtornos. O reconhecimento dessa realidade fez os transtornos inclusos no DSM-5 serem reordenados em uma estrutura organizacional revisada, com o intuito de estimular novas perspectivas clínicas. Essa nova estrutura corresponde à organização de transtornos planejada para a CID-11, cujo lançamento está programado para 2015. Outros aprimoramentos foram introduzidos para facilitar o uso em todos os contextos:

- **Representação de questões de desenvolvimento relacionadas ao diagnóstico.** A mudança na organização dos capítulos reflete melhor uma abordagem cronológica do ciclo vital, em que os transtornos de diagnóstico mais frequente na infância (p. ex., transtornos do neurodesenvolvimento) figuram no início do Manual, e os transtornos mais aplicáveis à idade adulta avançada (p. ex., transtornos neurocognitivos), no fim do Manual. No texto há também subtítulos sobre desenvolvimento e curso que proporcionam descrições de como as apresentações do transtorno podem se alterar ao longo da vida. Fatores relacionados à idade específicos ao diagnóstico (p. ex., diferenças na apresentação de sintomas e na prevalência em determinadas faixas etárias) também estão inclusos no texto. Para maior ênfase, esses fatores relacionados à idade foram acrescentados aos próprios critérios, quando aplicáveis (p. ex., nos conjuntos de critérios para transtorno de insônia e transtorno de estresse pós-traumático, critérios específicos descrevem como os sintomas podem se expressar em crianças). Do mesmo modo, questões culturais e de gênero foram integradas nos transtornos, quando possível.
- **Integração de achados científicos das pesquisas mais recentes em genética e neuroimagem.** A estrutura revisada dos capítulos baseia-se em pesquisas recentes em neurociência e em associações genéticas entre grupos diagnósticos. Fatores de risco genéticos e fisiológicos, indicadores prognósticos e alguns potenciais marcadores diagnósticos encontram-se em destaque no texto. Essa nova estrutura deve melhorar a capacidade do clínico para identificar os diagnósticos em um espectro de transtornos baseado em circuitos neurais, vulnerabilidade genética e exposições ambientais comuns.
- **Fusão de transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no transtorno do espectro autista.** Os sintomas desses transtornos representam um *continuum* único de prejuízos com intensidades que vão de leve a grave nos domínios de comunicação social e de comportamentos restritivos e repetitivos em vez de constituir transtornos distintos. Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de transtorno do espectro autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados.
- **Classificação racionalizada dos transtornos bipolares e dos transtornos depressivos.** Os transtornos bipolares e depressivos são as condições mais comumente diagnosticadas na psiquiatria. Desse modo, era importante deixar sua apresentação mais eficiente, para aprimorar o uso tanto clínico quanto de ensino. Em vez de separar as definições de episódios maníaco, hipomaníaco e depressivo maior das definições de transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II e transtorno depressivo maior, como na edição anterior, incluímos todos os critérios componentes dentro dos critérios respectivos para cada transtorno. Essa abordagem facilitará o diagnóstico clínico e o tratamento desses importantes transtornos. Do mesmo modo, as notas explicativas para diferenciar luto de transtornos depressivos maiores proporcionarão uma orientação clínica muito melhor do que a fornecida anteriormente no simples critério de exclusão de luto. Os novos especificadores com sintomas ansiosos e com características mistas estão totalmente descritos no texto sobre especificadores que acompanha os critérios para esses transtornos.
- **Reestruturação dos transtornos por uso de substâncias para obtenção de consistência e clareza.** As categorias de abuso de substância e dependência de substância foram eliminadas e substituídas por uma nova categoria mais abrangente de transtornos por uso de substâncias – em que a substância específica usada define o transtorno específico. "Dependência" é facilmente confundida com o termo "adição", mas a tolerância e a abstinência que anteriormente definiam dependência são, na verdade, respostas bastante normais a medicamentos prescritos que afetam o sistema nervoso central e não indicam necessariamente a presença de uma adição. Com a revisão e o esclarecimento desses critérios no DSM-5, esperamos reduzir os mal-entendidos amplamente difundidos no tocante a essas questões.
- **Mais especificidade para transtornos neurocognitivos maiores e leves.** Considerando os avanços em neurociência, neuropsicologia e neuroimagem ocorridos nos últimos 20 anos,

tornou-se fundamental transmitir o que há de mais moderno no diagnóstico de tipos específicos de transtornos que anteriormente recebiam a denominação de "demências" ou de doenças cerebrais orgânicas. Marcadores biológicos identificados por exames de imagem para transtornos cerebrovasculares e traumatismo cranioencefálico e achados genéticos moleculares específicos para variantes raras da doença de Alzheimer e da doença de Huntington são responsáveis por grande avanço nos diagnósticos clínicos. Esses e outros transtornos foram separados em subtipos específicos.

- **Transição na conceitualização de transtornos da personalidade.** Embora os benefícios de uma abordagem dimensional aos transtornos da personalidade tenham sido identificados nas edições anteriores, a transição de um sistema diagnóstico categórico de transtornos individuais para outro baseado na distribuição relativa de traços de personalidade não foi amplamente aceita. No DSM-5, os transtornos da personalidade categóricos permanecem praticamente inalterados em relação à última edição. Contudo, propusemos um modelo "híbrido" alternativo na Seção III para guiar novas pesquisas, separando avaliações de funcionamento interpessoal e a expressão de traços de personalidade patológicos para seis transtornos específicos. Um perfil mais dimensional da expressão de traços de personalidade também é proposto para uma abordagem baseada em traços.
- **Seção III: novos transtornos e características.** Acrescentou-se uma nova seção (Seção III) para destacar transtornos que exigem mais estudos, mas que não estão suficientemente bem estabelecidos para integrar a classificação oficial de transtornos mentais para uso clínico de rotina. Medidas dimensionais de gravidade de sintomas em 13 domínios de sintomas também foram incorporadas a fim de permitir a mensuração de diferentes níveis de gravidades de sintomas entre todos os grupos diagnósticos. Da mesma forma, a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), um método padronizado para a avaliação de níveis globais de incapacidade para transtornos mentais baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e que pode ser aplicado em todas as áreas médicas, foi fornecida em substituição à escala mais limitada de Avaliação Global de Funcionamento. Esperamos que, à medida que essas escalas forem implementadas, proporcionem uma maior precisão e flexibilidade durante as avaliações diagnósticas na descrição clínica das apresentações sintomáticas individuais e das incapacitações associadas.
- **Melhorias *on-line*.** O DSM-5 reúne informações complementares *on-line*. Escalas para avaliação transversal de gravidade e diagnóstico estão disponíveis em inglês em www.psychiatry.org/dsm5, com *links* para os transtornos relevantes. Além disso, a Entrevista de Formulação Cultural, a Entrevista de Formulação Cultural – Versão do Informante e os módulos complementares para a Entrevista de Formulação Cultural básica também estão disponíveis, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5.

Essas inovações foram elaboradas pelas maiores autoridades em transtornos mentais no mundo e foram implementadas com base em sua análise especializada, em comentários públicos e em revisão independente por pares. Os 13 grupos de trabalho, sob a direção da Força-tarefa do DSM-5, juntamente com outras equipes de revisão, e, por fim, os membros do Conselho da APA, representam, em conjunto, a autoridade global da especialidade. Esse esforço foi apoiado por uma extensa base de consultores e pela equipe profissional da Divisão de Pesquisa da APA; os nomes de todos os envolvidos formam uma lista grande demais para ser mencionada aqui, mas que consta no Apêndice. Devemos enorme gratidão a todos que dedicaram incontáveis horas e um conhecimento inestimável para esse esforço no sentido de melhorar o diagnóstico de transtornos mentais.

Gostaríamos de expressar reconhecimento especial aos presidentes, coordenadores editoriais e membros dos 13 grupos de trabalho, listados no início do Manual, que dedicaram muitas horas a esse esforço voluntário para melhorar a base científica da prática clínica ao longo de um período contínuo de seis anos. Susan K. Schultz, M.D., como editora do texto, trabalhou incansavelmente

com Emily A. Kuhl, Ph.D., redatora científica sênior e editora do texto da equipe do DSM-5, para coordenar os esforços dos grupos de trabalho em um conjunto coeso. William E. Narrow, M.D., M.P.H., liderou o grupo que desenvolveu a estratégia geral de pesquisa para o DSM-5, incluindo os testes de campo, que aprimoraram muito a base de evidências para essa revisão. Além disso, agradecemos àqueles que dedicaram tanto tempo para a análise das propostas de revisão, incluindo Kenneth S. Kendler, M.D., e Robert Freedman, M.D., copresidentes do Comitê de Revisão Científica; John S. McIntyre, M.D., e Joel Yager, M.D., copresidentes do Comitê Clínico e de Saúde Pública; e Glenn Martin, M.D., presidente da Assembleia da APA para o processo de revisão. Um agradecimento especial para Helena C. Kraemer, Ph.D., por sua consultoria estatística; Michael B. First, M.D., por sua valiosa contribuição para a codificação e revisão de critérios; e Paul S. Appelbaum, M.D., pelas informações sobre questões forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, também ajudou a verificar toda a codificação da CID. O Grupo de Coordenação, que incluiu todos esses consultores, os presidentes de todos os grupos de revisão, os presidentes da força-tarefa e os dirigentes executivos da APA, capitaneados por Dilip V. Jeste, M.D., contribuiu com liderança e visão para ajudar na busca de consenso. Esse nível de comprometimento contribuiu para o equilíbrio e a objetividade que, sentimos, são as marcas do DSM-5.

Desejamos expressar reconhecimento especial à extraordinária equipe da Divisão de Pesquisa da APA – identificada na lista da Força-tarefa e Grupo de Trabalho no início deste Manual – que trabalhou incansavelmente para interagir com a força-tarefa, os grupos de trabalho, os consultores e revisores para resolver questões, servir como elemento de ligação entre os grupos, dirigir e gerir os testes de campo acadêmicos e da prática clínica de rotina e registrar decisões durante esse importante processo. Em particular, valorizamos o apoio e a orientação de James H. Scully Jr., M.D., Chefe de Equipe Médica e Presidente Executivo da APA, através dos anos e desafios que constituíram o processo de desenvolvimento. Por fim, agradecemos à equipe editorial e à equipe de produção da American Psychiatric Publishing – especificamente Rebecca Rinehart, Editora; John McDuffie, Diretor Editorial; Ann Eng, Editora Sênior; Greg Kuny, Editor Gerente; e Tammy Cordova, Gerente de *Design* Gráfico – por sua orientação ao articular todas as variáveis e criar o produto final. A culminação dos esforços de vários indivíduos talentosos, os quais dedicaram seu tempo, seu conhecimento e sua paixão, tornou o DSM-5 possível.

David J. Kupfer, M.D.
Presidente da Força-tarefa do DSM-5

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
Copresidente da Força-tarefa do DSM-5
19 de dezembro, 2012

SEÇÃO I
Informações Básicas sobre o DSM-5

Introdução 5
Utilização do Manual 19
Advertência para a Utilização Forense do DSM-5 25

Página propositalmente deixada em branco

Esta seção constitui uma orientação básica sobre a finalidade, a estrutura, o conteúdo e o uso do DSM-5. A intenção não é fornecer um relato completo da evolução do DSM-5, e sim proporcionar aos leitores uma visão geral concisa de seus elementos principais. A seção introdutória descreve o processo de revisão pública, profissional e especializada que foi utilizado para avaliar, extensivamente, os critérios diagnósticos apresentados na Seção II. Apresentam-se, também, um resumo da estrutura do DSM-5, sua harmonização com a CID-11 e a transição para um sistema não axial com uma nova abordagem para avaliar incapacidade. A "Utilização do Manual" inclui a "Definição de um Transtorno Mental", considerações forenses e uma breve visão geral do processo diagnóstico e do uso de codificação e procedimentos para registro.

Página propositalmente deixada em branco

Introdução

A elaboração da quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) foi um empreendimento gigantesco que envolveu centenas de pessoas trabalhando com um objetivo em comum ao longo de um processo de 12 anos. A avaliação dos critérios diagnósticos, considerando a organização de cada aspecto do Manual e criando novas características, consideradas de maior utilidade para os clínicos, envolveu muito debate e ponderação. Todos esses esforços foram direcionados para o objetivo de melhorar a utilidade clínica do DSM-5 como um guia para o diagnóstico de transtornos mentais.

Diagnósticos confiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar importantes informações sobre a saúde pública, como taxas de morbidade e mortalidade. Na medida em que a compreensão sobre os transtornos mentais e seus tratamentos evoluiu, profissionais médicos, pesquisadores e clínicos voltaram o foco de sua atenção para as características de transtornos específicos e suas implicações para tratamento e pesquisa.

Embora o DSM tenha sido um marco do progresso substancial no que diz respeito à confiabilidade, tanto a American Psychiatric Association (APA) quanto a vasta comunidade científica que trabalha com transtornos mentais reconhecem que, anteriormente, a ciência não estava madura o suficiente para produzir diagnósticos plenamente válidos – ou seja, proporcionar validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos para cada transtorno do DSM. A ciência dos transtornos mentais continua a evoluir. Contudo, as duas últimas décadas desde o lançamento do DSM-IV testemunharam um progresso real e duradouro em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética. A Força-tarefa que supervisionou esta nova edição reconheceu que os avanços em pesquisa irão exigir alterações cuidadosas e iterativas para que o DSM mantenha sua posição como referência na classificação de transtornos mentais. Encontrar o equilíbrio certo é fundamental. Resultados especulativos não têm lugar em uma nosologia oficial, mas, ao mesmo tempo, o DSM precisa evoluir no contexto de outras iniciativas de pesquisa clínica na área. Um aspecto importante dessa transição deriva da constatação de que um sistema categórico demasiadamente rígido não captura a experiência clínica nem importantes observações científicas. Os resultados de numerosos estudos sobre comorbidade e transmissão de doenças no âmbito familiar, incluindo estudos com gêmeos e estudos de genética molecular, constituem fortes argumentos para o que diversos clínicos perspicazes já haviam observado: os limites entre várias "categorias" de transtornos são mais fluidos ao longo do curso de vida do que os identificados pelo DSM-IV, e vários sintomas atribuídos a um único transtorno podem ocorrer, em diferentes níveis de gravidade, em vários outros transtornos. Esses achados indicam que o DSM, como outras classificações de doenças médicas, deve buscar maneiras de introduzir abordagens dimensionais a transtornos mentais, incluindo dimensões que perpassem as categorias atuais. Tal abordagem deve permitir uma descrição mais precisa das apresentações dos pacientes e aumentar a validade do diagnóstico (i.e., o grau em que os critérios diagnósticos refletem a manifestação abrangente de um transtorno psicopatológico subjacente). O DSM-5 foi elaborado para melhor satisfazer a necessidade de clínicos, pacientes, famílias e pesquisadores de uma descrição clara e concisa de cada transtorno mental, organizada por meio de critérios diagnósticos claros, complementados, quando apropriado, por medidas dimensionais que perpassam limites diagnósticos, e um breve resumo de informações sobre o diagnóstico, os fatores de risco, as características associadas, os avanços em pesquisa e as várias expressões do transtorno.

Treinamento clínico e experiência são necessários para usar o DSM na determinação de um diagnóstico. Os critérios diagnósticos identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações, exigindo perícia clínica para diferenciá-los das variações normais da vida e de respostas transitórias ao estresse. Para facilitar um exame minucioso da gama de sintomas presentes, o DSM pode servir como orientação aos clínicos para identificar os sintomas mais proeminentes que devem ser avaliados

ao se diagnosticar um transtorno. Embora alguns transtornos mentais possam exibir limites bem definidos demarcando grupos de sintomas, evidências científicas atualmente colocam vários transtornos, ou mesmo a sua maioria, em um espectro com transtornos intimamente relacionados que apresentam sintomas compartilhados, fatores de risco ambientais, genéticos e possivelmente substratos neuronais compartilhados (provavelmente mais bem-estabelecidos para um subconjunto de transtornos de ansiedade por meio de neuroimagem e modelos animais). Em suma, reconhecemos que os limites entre transtornos são mais permeáveis do que se percebia anteriormente.

Muitos grupos da área da saúde, tanto profissionais quanto de ensino, estiveram envolvidos no desenvolvimento e nos testes do DSM-5, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, consultores, epidemiologistas, estatísticos, neurocientistas e neuropsicólogos. Por fim, pacientes, famílias, advogados, organizações de consumidores e grupos de defesa participaram da revisão do Manual ao fornecer *feedback* sobre os transtornos mentais descritos nesta obra. Seu monitoramento do texto descritivo e explicativo é essencial para melhorar a compreensão, reduzir o estigma e avançar o tratamento até a cura para essas condições.

Um Breve Histórico

A APA publicou pela primeira vez um antecessor do DSM em 1844, uma classificação estatística de pacientes mentais institucionalizados. Sua elaboração visava melhorar a comunicação sobre os tipos de pacientes que recebiam cuidados nesses hospitais. Esse precursor do DSM também foi usado como parte integrante do censo completo dos Estados Unidos. Após a Segunda Guerra Mundial, o DSM evoluiu a partir de quatro principais edições em um sistema de classificação diagnóstica para psiquiatras, outros médicos e outros profissionais da área de saúde mental que descrevia as características fundamentais da gama completa de transtornos mentais. A edição atual, o DSM-5, avança no objetivo de seus predecessores (mais recentemente, o DSM-IV-TR, ou Texto Revisado, publicado em 2000) de proporcionar diretrizes para diagnósticos que podem informar tratamentos e decisões de manejo.

Processo de Revisão do DSM-5

Em 1999, a APA deu início a uma avaliação dos pontos fortes e fracos do DSM com base em novas pesquisas que não ofereciam respaldo aos limites estabelecidos para alguns transtornos mentais. Esse esforço foi coordenado junto à Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), à World Psychiatric Association e ao National Institute of Mental Health (NIMH) sob o formato de diversas conferências, cujos resultados foram publicados em 2002 em uma monografia intitulada *A Research Agenda for DSM-V* [Um Plano de Pesquisa para o DSM-V]. De 2003 a 2008, um acordo de cooperação entre a APA e a OMS recebeu apoio do NIMH, do National Institute on Drug Abuse (NIDA) e do National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) para congregar 13 conferências internacionais para o planejamento de pesquisas para o DSM-5, envolvendo 400 participantes de 39 países, com a finalidade de fazer uma revisão da literatura mundial em áreas diagnósticas específicas para preparar revisões para o desenvolvimento tanto do DSM-5 quanto da *Classificação internacional de doenças*, 11ª Revisão (CID-11). Os relatórios dessas conferências foram a base para as revisões da futura Força-tarefa do DSM-5 e prepararam o terreno para a nova edição do DSM.

Em 2006, a APA nomeou David J. Kupfer, M.D., presidente, e Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., vice-presidente da Força-tarefa do DSM-5. Eles foram encarregados de indicar presidentes para os 13 grupos de trabalho de diagnósticos e novos membros da Força-tarefa com uma variedade de especializações multidisciplinares que iriam supervisionar o desenvolvimento do DSM-5. Um processo complementar de fiscalização foi iniciado pelos membros do conselho da APA para declaração aberta sobre fontes de renda, evitando, dessa forma, conflitos de interesse por membros da Força-tarefa e pelos membros do grupo de trabalho. A transparência total de todas as fontes de renda e das verbas de pesquisa oriundas de fontes comerciais, inclusive da indústria farmacêutica, nos três anos anteriores, a imposição de um teto para os valores doados por todas as fontes comerciais e a divulgação

dos dados em um *website* definiram um novo padrão para a área. A partir de então, a Força-tarefa de 28 membros foi aprovada em 2007, e a indicação dos mais de 130 membros dos grupos de trabalho foi aprovada em 2008. Mais de 400 consultores adicionais dos grupos de trabalho sem poder de voto também receberam aprovação para participar do processo. Um conceito bem definido do próximo estágio evolutivo na classificação dos transtornos mentais foi a base para os esforços da Força-tarefa e dos grupos de trabalho. Essa visão surgiu quando a Força-tarefa e os grupos de trabalho recuperaram o histórico da classificação do DSM-IV, seus pontos positivos e limitações atuais e definiram os rumos estratégicos para sua revisão. Um processo intensivo com duração de seis anos envolveu a realização de revisões da literatura e análises secundárias, a publicação de relatórios de pesquisa em periódicos científicos, o desenvolvimento de rascunhos de critérios diagnósticos e sua publicação no *website* do DSM-5 para comentários públicos, a apresentação de achados preliminares em conferências profissionais, a execução de testes de campo e a revisão dos critérios e do texto.

Propostas para Revisão

As propostas para a revisão dos critérios diagnósticos do DSM-5 foram desenvolvidas por membros dos grupos de trabalho com base em lógica, alcance das mudanças, impacto previsto sobre o manejo clínico e a saúde pública, solidez do respaldo das evidências de pesquisa, clareza geral e utilidade clínica. As propostas abrangeram alterações nos critérios diagnósticos; o acréscimo de novos transtornos, subtipos e especificadores; e a eliminação de transtornos existentes.

Nas propostas para revisão, primeiramente foram identificados pontos fortes e fracos dos critérios e da nosologia atuais. Novas descobertas científicas ao longo das duas últimas décadas foram levadas em consideração, o que conduziu à criação de um plano de pesquisa para avaliar alterações potenciais por meio de revisões da literatura e análises de dados secundários. O esboço das revisões foi norteado por quatro princípios: 1) o DSM-5 destina-se principalmente a ser um manual para clínicos, e as revisões devem ser viáveis para a prática clínica de rotina; 2) as recomendações para revisões devem ser norteadas por evidências de pesquisas; 3) sempre que possível, deve-se manter a continuidade das edições anteriores do DSM; e 4) não se deve colocar restrições *a priori* sobre o grau de mudança entre o DSM-IV e o DSM-5.

A partir das revisões iniciais da literatura, os grupos de trabalho identificaram questões fundamentais dentro de suas áreas de diagnóstico. Também examinaram preocupações metodológicas mais amplas, como a presença de achados contraditórios na literatura; o desenvolvimento de uma definição mais bem elaborada de transtorno mental; questões transversais relevantes a todos os transtornos; e a revisão de transtornos categorizados no DSM-IV como "sem outra especificação". A inclusão de uma proposta para revisão na Seção II levou em conta suas vantagens e desvantagens em termos de saúde pública e utilidade clínica, pela força da evidência e pela magnitude da mudança. Novos diagnósticos e subtipos e especificadores de transtornos foram sujeitos a novas condições, como a demonstração de confiabilidade (i.e., o grau em que dois clínicos poderiam chegar ao mesmo diagnóstico para um dado paciente de forma independente). Transtornos com baixa utilidade clínica e pouca validade foram considerados para eliminação. A inclusão de condições em "Condições para Estudos Posteriores", na Seção III, foi contingente à quantidade de evidências empíricas geradas sobre o diagnóstico, à confiabilidade ou à validade do diagnóstico, à necessidade clínica evidente e ao benefício potencial decorrente de avanço da pesquisa.

Testes de Campo do DSM-5

O uso de testes de campo para demonstrar confiabilidade de forma empírica foi um aprimoramento significativo introduzido no DSM-III. A elaboração e a estratégia de implementação dos Testes de Campo do DSM-5 representam várias mudanças relativas à abordagem utilizada no DSM-III e no DSM-IV, particularmente na obtenção de dados sobre a precisão de estimativas de confiabilidade *kappa* (uma medida estatística que avalia o nível de concordância entre avaliadores que corrige para concordâncias ao acaso devido a taxas de prevalência) no contexto de ambientes clínicos com níveis elevados de comorbidade diagnóstica. Para o DSM-5, os testes de campo foram ampliados pelo uso de dois delineamentos distintos: um, em grandes ambientes de

natureza médico-acadêmica, e outro, em práticas clínicas de rotina. O primeiro enfatizou a necessidade de grandes amostras para testar hipóteses sobre a confiabilidade e a utilidade clínica de uma série de diagnósticos em uma diversidade de populações de pacientes; o segundo forneceu informações valiosas sobre o desempenho das revisões propostas no contexto clínico diário em uma amostra diversificada de usuários do DSM. Antecipa-se que estudos futuros de pesquisa básica clínica irão se concentrar na validade da revisão dos critérios diagnósticos categóricos e nas características dimensionais subjacentes desses transtornos (incluindo os que atualmente estão sendo investigados pela iniciativa do *NIMH Research Domain Criteria*).

Os testes de campo médico-acadêmicos foram conduzidos em 11 locais médico-acadêmicos nos Estados Unidos e avaliaram a confiabilidade, a viabilidade e a utilidade clínica de determinadas revisões, em que foi conferida prioridade para aquelas que representavam o maior grau de mudança em relação ao DSM-IV ou então que potencialmente teriam o maior impacto sobre a saúde pública. A totalidade da população de pacientes clínicos em cada local foi triada para diagnósticos do DSM-IV ou sintomas potencialmente preditores de vários transtornos de interesse específico para o DSM-5. Amostras estratificadas de 4 a 7 transtornos específicos, em conjunto com um estrato contendo uma amostra representativa de todos os outros diagnósticos, foram identificadas para cada local. Os pacientes consentiram com o estudo e foram alocados randomicamente para uma entrevista clínica realizada por um clínico cego ao diagnóstico, seguida por uma segunda entrevista com um clínico cego aos diagnósticos anteriores. Primeiramente, os pacientes preencheram um inventário computadorizado de sintomas transversais em mais de uma dúzia de domínios psicológicos. Esses inventários foram pontuados por um servidor central, e os resultados foram fornecidos aos clínicos antes que eles realizassem uma entrevista clínica típica (sem protocolo estruturado). Requisitou-se aos clínicos que pontuassem a presença de critérios em uma lista de diagnósticos do DSM-5 computadorizada, que determinassem diagnósticos, pontuassem a gravidade do diagnóstico e submetessem todos os dados ao servidor central acessível pela internet. Esse delineamento de estudo permitiu que se calculasse o grau de concordância de diagnóstico entre dois clínicos independentes (utilizando a estatística *kappa* intraclasse) e a concordância de um único paciente ou dois clínicos diferentes em duas avaliações separadas de sintomas transversais, traços de personalidade, incapacidade e medidas de gravidade diagnóstica (utilizando coeficientes de correlação intraclasse) em conjunto com informações sobre a precisão dessas estimativas de confiabilidade. Foi possível também avaliar as taxas de prevalência das condições de ambos, DSM-IV e DSM-5, nas respectivas populações clínicas.

Os testes de campo na prática clínica de rotina envolveram o recrutamento de psiquiatras e de outros clínicos da área da saúde mental. Uma amostra de voluntários foi recrutada, composta por psiquiatras especializados e gerais, psicólogos, assistentes sociais, consultores, terapeutas de casais e de família e enfermeiros de saúde mental com prática psiquiátrica avançada. Os testes de campo forneceram exposição aos diagnósticos propostos pelo DSM-5 e medidas dimensionais para que uma ampla gama de clínicos pudesse avaliar sua viabilidade e utilidade clínica.

Revisão Pública e Profissional

Em 2010, a APA lançou um *website* específico para facilitar a contribuição pública e profissional para o DSM-5. Todos os esboços de critérios diagnósticos e de alterações propostas para a organização foram exibidos em www.dsm5.org durante um período de dois meses e abertos a comentários. O retorno totalizou mais de 8 mil contribuições, as quais foram sistematicamente analisadas por cada um dos 13 grupos de trabalho, cujos membros, sempre que apropriado, integraram perguntas e comentários ao debate dos esboços das revisões e dos planos para a execução dos testes de campo. Após as revisões para os esboços iniciais dos critérios e da organização proposta para os capítulos, uma segunda postagem de dados ocorreu em 2011. Os grupos de trabalho levaram em consideração o *feedback* das duas postagens e os resultados dos Testes de Campo do DSM-5 ao esboçarem a proposta final para os critérios, os quais foram divulgados no *website* uma terceira e última vez em 2012. Essas três revisões externas produziram mais de 13 mil comentários individuais no *website*, os quais foram recebidos e analisados pelos grupos de trabalho, bem como milhares de assinaturas de petições organizadas a favor e contra algumas das revisões propostas, sendo que todas elas permitiram que a Força-tarefa tratasse ativamente das preocupações dos

usuários do DSM, bem como de pacientes e de grupos de interesse, assegurando que a utilidade clínica continuasse tendo alta prioridade.

Revisão Especializada

Os membros dos 13 grupos de trabalho, que representam o conhecimento especializado em suas respectivas áreas, colaboraram com consultores e revisores, sob a direção geral da Força-tarefa do DSM-5, para elaborar os critérios diagnósticos e o texto complementar. Esse esforço teve o apoio de uma equipe da Divisão de Pesquisa da APA e desenvolveu-se a partir de uma rede de coordenadores de texto de cada grupo de trabalho. A preparação do texto foi coordenada pelo editor do texto, que trabalhou em estreita colaboração com os grupos de trabalho e sob a direção dos presidentes da Força-tarefa. Estabeleceu-se o Comitê de Revisão Científica (CRC), para proporcionar um processo científico de revisão por pares externo ao dos grupos de trabalho. O presidente, o vice-presidente e seis membros do CRC foram encarregados de avaliar em que grau as mudanças propostas a partir do DSM-IV teriam respaldo de evidências científicas. Cada proposta de revisão diagnóstica exigiu um memorando de evidências para alterações preparado pelo grupo de trabalho e acompanhado por um resumo de dados auxiliares organizados a partir de validadores para os critérios diagnósticos propostos (i.e., validadores antecedentes, como agregação familiar; validadores concorrentes, como marcadores biológicos; e validadores prospectivos, como resposta ao tratamento ou curso da doença). Os documentos foram analisados pelo CRC e receberam pontuação conforme a solidez dos dados científicos de apoio. Outras justificativas para alterações, como as que surgiram a partir da experiência ou da necessidade clínica ou de uma reformulação conceitual de categorias diagnósticas, foram, de modo geral, encaradas como estando fora do âmbito do CRC. A pontuação atribuída pelos revisores, que variou substancialmente de uma proposta para outra, em conjunto com um breve comentário, foi, então, devolvida aos membros do Conselho da APA e aos grupos de trabalho, para consideração e resposta.

O Comitê Clínico e de Saúde Pública (CPHC), composto por um presidente, um vice-presidente e seis membros, foi designado para considerar questões adicionais de utilidade clínica, de saúde pública e de esclarecimento lógico para critérios que ainda não haviam acumulado o tipo ou nível de evidências considerado suficiente para alteração pelo CRC. Esse processo de revisão foi de especial importância para os transtornos do DSM-IV com deficiências conhecidas para os quais as soluções propostas não haviam sido consideradas anteriormente no processo de revisão do DSM nem sujeitas a estudos de pesquisa replicados. Esses transtornos selecionados foram avaliados por quatro ou cinco revisores externos, e os resultados cegos foram revisados por membros do CPHC, os quais, por sua vez, fizeram recomendações para os membros do Comitê da APA e para os grupos de trabalho.

As revisões forenses realizadas pelos membros do Conselho sobre Psiquiatria e Legislação da APA foram conduzidas tendo em vista transtornos que aparecem com frequência no campo jurídico e transtornos com alto potencial para influenciar julgamentos civis e penais em tribunal. Grupos de trabalho também acrescentaram peritos forenses como consultores em áreas pertinentes para complementar a especialização proporcionada pelo Conselho para Psiquiatria e Legislação.

Os próprios grupos de trabalho foram encarregados de revisar toda a literatura de pesquisa envolvendo uma área diagnóstica, incluindo critérios diagnósticos antigos, revisados e novos, em um processo intensivo de revisão que durou seis anos, para avaliar os prós e contras da realização de pequenas alterações iterativas ou de alterações conceituais de grande porte para abordar a inevitável reificação que ocorre com abordagens conceituais diagnósticas que perduram ao longo de várias décadas. Tais alterações incluíram a fusão de áreas diagnósticas anteriormente separadas em espectros mais dimensionais, como o que ocorreu com o transtorno do espectro autista, com os transtornos por uso de substâncias, com as disfunções sexuais e com o transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Outras alterações incluíram corrigir falhas que haviam-se tornado aparentes ao longo do tempo na escolha de critérios operacionais para alguns transtornos. Alterações dessa natureza representaram dificuldades para os processos de revisão do CRC e do CPHC, os quais não haviam sido elaborados para avaliar a validade dos critérios diagnósticos do DSM-IV. Contudo, a Força-tarefa do DSM-5, que havia revisado as alterações propostas e era responsável por revisar o texto com a descrição de cada transtorno concomitan-

temente aos grupos de trabalho, encontrou-se em uma posição única para postular uma decisão qualificada sobre os méritos científicos dessas revisões. Além disso, muitas dessas alterações de grandes proporções foram sujeitas submetidas testes de campo, embora uma testagem mais abrangente de todas as mudanças propostas não pudesse ser incluída nesses testes devido a limitações de tempo e disponibilidade de recursos.

Uma recomendação final da Força-tarefa foi, então, feita para os membros do Conselho da APA e para o Comitê da Assembleia para o DSM-5 da APA, a de levar em consideração algumas das características de utilidade clínica e de viabilidade das revisões propostas. A Assembleia é um corpo deliberativo da APA que representa as filiais distritais e a afiliação mais geral composta por psiquiatras de todos os Estados Unidos que proporcionam diversidade geográfica, de abrangência da prática e de interesses. O Comitê para o DSM-5 é um comitê formado por um grupo diversificado de líderes da Assembleia.

Na sequência de todos os passos da revisão, realizou-se uma sessão executiva do "Comitê de Cúpula" para consolidar os dados fornecidos pelos presidentes do Comitê da Assembleia e da revisão, pelos presidentes da Força-tarefa, por um consultor forense e por um consultor estatístico, para uma revisão preliminar de cada transtorno pelos comitês executivos da Assembleia e do Conselho da APA. Isso antecedeu uma revisão preliminar pela totalidade do Conselho da APA. A Assembleia votou, em novembro de 2012, pela recomendação de que o Conselho aprovasse a publicação do DSM-5, e o Conselho da APA aprovou sua publicação em dezembro de 2012. Todos os especialistas, revisores e consultores que contribuíram para esse processo estão listados no Apêndice.

Estrutura Organizacional

Cada definição individual de transtorno que compõe os conjuntos operacionalizados de critérios diagnósticos forma a base dos propósitos clínico e de pesquisa do DSM-5. Esses critérios foram submetidos a revisão científica, ainda que em graus diversos, e muitos transtornos passaram por testes de campo para avaliar a concordância interobservador. Em contrapartida, a classificação de transtornos (a forma como os transtornos são agrupados, que proporciona uma organização de alto nível para o Manual) não tem sido encarada como cientificamente significativa, embora se tenham tomado decisões quando os transtornos foram divididos inicialmente em capítulos para o DSM-III.

O DSM é uma classificação médica de transtornos e, como tal, funciona como um esquema cognitivo determinado historicamente, o qual tira vantagem de informações clínicas e científicas para aumentar sua compreensão e utilidade. Como era de se esperar, no que a ciência que serviu de base para o DSM-III completa meio século de existência, novos desafios começam a surgir, tanto para clínicos como para cientistas, intrínsecos à estrutura do DSM, e não à descrição de um transtorno específico. Tais desafios incluem taxas elevadas de comorbidade dentro e entre capítulos do DSM, um uso excessivo e a necessidade de valer-se dos critérios "sem outra especificação" (SOE) e uma crescente incapacidade de integrar transtornos do DSM com os resultados de estudos genéticos e outras descobertas científicas.

Quando a APA e a OMS começaram a planejar suas respectivas revisões do DSM e da *Classificação internacional de doenças* (CID), ambas consideraram a possibilidade de melhorar a utilidade clínica (p. ex., auxiliar a explicação de comorbidade aparente) e facilitar a investigação científica ao repensar as estruturas organizacionais das duas publicações em um sistema linear indicado por códigos alfanuméricos que sequenciam capítulos de acordo com uma estrutura racional e relacional. Era fundamental, tanto para a Força-tarefa do DSM-5 quanto para o Grupo Consultor Internacional da OMS para a revisão da Seção de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, que revisões na organização melhorassem a utilidade clínica e permanecessem dentro dos limites de informações científicas bem replicadas. Embora a necessidade de uma reformulação parecesse evidente, era importante respeitar o estado da ciência, bem como superar o desafio que uma mudança rápida demais significaria para as comunidades clínica e de pesquisa. Com essas noções em mente, a revisão na organização foi abordada como uma reforma diagnóstica conservadora e evolutiva que seria orientada por novas evidências científicas sobre as relações entre grupos de transtornos. Ao reordenar e reagrupar os transtornos existentes, a estrutura revisada

destina-se a estimular novas perspectivas clínicas e a encorajar pesquisadores a identificar os fatores psicológicos e fisiológicos transversais que não estão presos a designações categóricas estritas.

O uso dos critérios do DSM envolve a evidente vantagem de criar uma linguagem comum para comunicação entre clínicos sobre o diagnóstico de transtornos. Os critérios e transtornos oficiais que foram considerados como tendo aplicabilidade clínica reconhecida localizam-se na Seção II do Manual. Contudo, deve-se enfatizar que esses critérios diagnósticos e suas relações dentro da classificação baseiam-se em pesquisas atuais e podem sofrer a necessidade de modificação com o surgimento de evidências de novas pesquisas, tanto dentro quanto entre os domínios dos transtornos propostos. As "Condições para Estudos Posteriores", na Seção III, constituem casos em que determinamos que as evidências científicas ainda não estão disponíveis para validar um amplo uso clínico. Esses critérios diagnósticos foram incluídos para destacar a evolução e a direção dos avanços científicos nessas áreas e para estimular pesquisas futuras.

Como ocorre com todos os processos contínuos de revisão, especialmente quando caracterizados por essa complexidade, surgem diferentes perspectivas, e houve um esforço para considerar diferentes pontos de vista e, quando justificável, conciliá-los. Por exemplo, os transtornos da personalidade constam tanto na Seção II quanto na Seção III. A Seção II representa uma atualização do texto associado aos mesmos critérios encontrados no DSM-IV-TR, enquanto a Seção III inclui o modelo proposto por pesquisas para o diagnóstico de transtornos da personalidade e a conceitualização desenvolvida pelo Grupo de Trabalho para Personalidade e Transtornos da Personalidade do DSM-5. Com a evolução dessa área, espera-se que as duas versões atendam à prática clínica e às iniciativas de pesquisa.

Harmonização com a CID-11

Os grupos encarregados da revisão dos sistemas do DSM e da CID compartilharam o objetivo mais amplo de harmonizar as duas classificações o máximo possível, devido aos seguintes motivos:

- A existência de duas classificações principais de transtornos mentais dificulta a coleta e o uso de estatísticas nacionais de saúde, o delineamento de ensaios clínicos destinados ao desenvolvimento de novos tratamentos e a consideração de aplicabilidade global dos resultados por agências de regulação internacional.
- Em um espectro mais abrangente, a existência de duas classificações complica as tentativas de replicar resultados científicos entre países.
- Mesmo quando a intenção era a de identificar populações idênticas de pacientes, nem sempre os diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 concordavam.

Logo no início do curso das revisões, tornou-se evidente que uma estrutura organizacional compartilhada ajudaria a harmonizar as classificações. Na realidade, o uso de uma estrutura de trabalho compartilhada ajudou a integrar as tarefas dos grupos de trabalho do DSM e da CID e a colocar em foco as questões científicas. A organização do DSM-5 e a estrutura linear proposta pela CID-11 foram endossadas pelas lideranças do projeto *Research Domain Criteria* (RDoC) do NIMH como coerentes com a estrutura geral inicial do RDoC.

Evidentemente, esperavam-se desacordos de princípios sobre a classificação de psicopatologia e sobre critérios específicos para determinados transtornos devido ao estado atual do conhecimento científico. Contudo, a maioria das diferenças proeminentes entre as classificações do DSM e da CID não reflete diferenças científicas reais, mas representa subprodutos históricos de processos de comitês independentes.

Para a surpresa de integrantes dos dois processos de revisão, grande parcela do conteúdo encaixou-se de forma relativamente fácil, o que reflete aspectos positivos em algumas áreas da literatura científica, como epidemiologia, análises de comorbidade, estudos com gêmeos e outros delineamentos geneticamente informados. Quando surgiram disparidades, elas quase sempre refletiram a necessidade de tomar decisões sobre como categorizar um transtorno diante de dados incompletos – ou, com maior frequência, conflitantes. Dessa forma, por exemplo, com base em padrões de sintomas, comorbidade e fatores de risco compartilhados, o transtorno de déficit de atenção/hiperativi-

dade (TDAH) foi colocado junto aos transtornos do neurodesenvolvimento, mas os mesmos dados também ofereciam forte respaldo para colocá-lo junto aos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e de conduta. Tais questões foram resolvidas com a preponderância de evidências (com destaque para validadores aprovados pela Força-tarefa do DSM-5). Os grupos de trabalho reconhecem, no entanto, que descobertas futuras podem alterar a categorização, bem como os contornos de transtornos específicos, e, ainda, que a organização simples e linear que melhor apoia a prática clínica pode não capturar por completo a complexidade e a heterogeneidade dos transtornos mentais. A revisão da organização é coordenada com o capítulo de transtornos mentais e do comportamento (Capítulo V) da CID-11, o qual irá utilizar um sistema de codificação numérico-alfanumérico expandido. Contudo, o sistema de codificação oficial em uso nos Estados Unidos no momento da publicação deste Manual é o da *Classificação internacional de doenças, nona revisão, modificação clínica* (CID-9-MC) – a adaptação norte-americana da CID-9. A *Classificação internacional de doenças, décima revisão, modificação clínica* (CID-10-MC), adaptada da CID-10, está programada para implementação nos Estados Unidos em outubro de 2014. Devido ao lançamento iminente da CID-11, decidiu-se que essa iteração, e não a CID-10, seria a mais relevante para receber a atenção de harmonização. Contudo, como a adoção do sistema de codificação da CID-9-MC continuará válida no momento de lançamento do DSM-5, será necessário utilizar os códigos da CID-9-MC. Ainda, como a estrutura organizacional do DSM-5 reflete a estrutura antecipada da CID-11, a codificação final da CID-11 será mais parecida com a ordem sequencial de diagnósticos da estrutura de capítulos do DSM-5. No momento, tanto as codificações da CID-9-MC quanto as da CID-10-MC foram indicadas em cada transtorno. Esses códigos não estarão em ordem sequencial em todo o Manual porque foram designados para complementar estruturas organizacionais mais antigas.

Abordagem Dimensional ao Diagnóstico

Problemas estruturais enraizados na organização básica da classificação anterior do DSM, formulado a partir de uma grande quantidade de categorias diagnósticas restritas, surgiram tanto na prática clínica como no campo das pesquisas. Evidências relevantes originam-se de várias fontes, incluindo estudos sobre comorbidade e a grande necessidade de diagnósticos sem outra especificação, os quais representam a maioria dos diagnósticos em áreas como transtornos alimentares, transtornos da personalidade e transtorno do espectro autista. Estudos de fatores de risco tanto genéticos como ambientais, seja com base em delineamentos com gêmeos, transmissão familiar, seja um análises moleculares, também despertam preocupações quanto à estrutura categórica do sistema do DSM. Como a abordagem anterior do DSM considerava cada diagnóstico como uma categoria separada da saúde e de outros diagnósticos, ela não capturava o amplo compartilhamento de sintomas e de fatores de risco entre muitos transtornos visível em estudos sobre comorbidade. As edições anteriores do DSM concentraram-se na exclusão de resultados falso-positivos dos diagnósticos, e, portanto, suas categorias eram extremamente restritas, como se pode ver a partir da necessidade bastante difundida de usar diagnósticos SOE. De fato, o objetivo, que se acreditava válido, de identificar populações homogêneas para tratamento e pesquisa resultou em categorias diagnósticas restritas que não capturaram a realidade clínica, a heterogeneidade de sintomas em um mesmo transtorno e o compartilhamento significativo de sintomas entre vários transtornos. A aspiração histórica de se atingir homogeneidade diagnóstica a partir de uma subtipificação progressiva inserida em categorias de transtornos não é mais sensata; assim como as doenças humanas mais comuns, os transtornos mentais são heterogêneos em vários níveis, que vão desde fatores de risco genéticos até sintomas.

Com relação às recomendações para alterações na estrutura de capítulos do DSM-5, os membros do grupo de estudos sobre espectros diagnósticos investigaram se validadores científicos poderiam informar possíveis novos agrupamentos de transtornos relacionados dentro da estrutura existente de categorias. Foram recomendados 11 indicadores dessa natureza com esse propósito: substratos neurais compartilhados, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anormalidades de processamento emocional ou cognitivo, similaridade de sintomas, curso da doença, comorbidade elevada e resposta terapêutica compartilhada. Esses indicadores serviram como diretrizes empíricas para qualificar a tomada de decisão pelos grupos de trabalho e pela Força-tarefa sobre como agrupar transtornos a fim de maximizar sua validade e utilidade clínica.

Uma série de artigos foi elaborada e publicada em um proeminente periódico internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte dos processos de desenvolvimento do DSM-5 e da CID-11 a fim de documentar que tais validadores foram sobremaneira úteis para sugerir grandes agrupamentos de transtornos em vez de "validar" critérios diagnósticos de transtornos individuais. O reagrupamento dos transtornos mentais no DSM-5 tem o objetivo de possibilitar futuras pesquisas para aumentar a compreensão das origens de doenças e aspectos fisiopatológicos comuns entre transtornos e ainda fornecer uma base para replicação futura em que os dados possam ser reanalisados ao longo do tempo para continuamente avaliar sua validade. Revisões contínuas do DSM-5 fazem com que ele se transforme em um "documento vivo", adaptável a descobertas futuras em neurobiologia, genética e epidemiologia.

Com base nos achados publicados a partir dessa análise comum entre o DSM-5 e a CID-11, demonstrou-se que o agrupamento de transtornos conforme o que se convencionou chamar de fatores *internalizantes* e *externalizantes* representa uma estrutura com respaldo empírico. Inseridos tanto no grupo internalizante (que representa transtornos com sintomas proeminentemente de ansiedade, depressivos e somáticos) como no grupo externalizante (que representa transtornos com sintomas proeminentemente impulsivos, da conduta disruptiva e por uso de substâncias), o compartilhamento de fatores de risco genéticos e ambientais, conforme demonstrado por estudos com gêmeos, provavelmente explica grande parte das comorbidades sistemáticas observadas em amostras clínicas e na comunidade. A disposição contígua de "transtornos internalizantes", caracterizados por humor depressivo, ansiedade e sintomas fisiológicos e cognitivos relacionados, deve ajudar no desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas, incluindo abordagens dimensionais, ao mesmo tempo que facilita a identificação de marcadores biológicos. De forma semelhante, a contiguidade do "grupo externalizante", incluindo transtornos que exibem comportamento antissocial, perturbações na conduta, adições e transtornos do controle de impulsos, deve estimular avanços na identificação de diagnósticos, marcadores e mecanismos subjacentes.

Apesar do problema levantado pelos diagnósticos categóricos, a Força-tarefa do DSM-5 reconheceu que é cientificamente prematuro propor definições alternativas para a maioria dos transtornos. A estrutura organizacional se destina a funcionar como uma ponte para novas abordagens diagnósticas sem interromper as pesquisas nem as práticas clínicas atuais. Com o apoio de materiais de treinamento associados ao DSM, de outras agências de financiamento dos National Institutes of Health, e de publicações científicas, a abordagem mais dimensional do DSM-5 e sua estrutura organizacional podem facilitar pesquisas entre categorias diagnósticas atuais ao incentivarem investigações mais amplas dentro dos capítulos propostos e entre capítulos contíguos. Uma reformulação de objetivos de pesquisa nesses moldes também deve manter o DSM-5 como base para o desenvolvimento de abordagens dimensionais ao diagnóstico que provavelmente irão complementar ou superar as abordagens categóricas atuais nos próximos anos.

Considerações sobre o Desenvolvimento e o Ciclo Vital

Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 foi organizado a partir de considerações sobre o desenvolvimento e o ciclo vital. Inicia-se com diagnósticos que, acredita-se, refletem processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (p. ex., neurodesenvolvimento e espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que se manifestam com mais frequência durante a adolescência e no início da vida adulta (p. ex., transtornos bipolar, depressivo e de ansiedade), e termina com diagnósticos relevantes para a vida adulta e idades mais avançadas (p. ex., transtornos neurocognitivos). Uma abordagem semelhante foi seguida, sempre que possível, dentro de cada capítulo. Essa estrutura organizacional facilita o uso abrangente das informações sobre o ciclo da vida como forma de auxílio à tomada de decisão diagnóstica.

A organização proposta dos capítulos do DSM-5, após os transtornos do neurodesenvolvimento, baseia-se em grupos de transtornos internalizantes (emocionais e somáticos), transtornos externalizantes, transtornos neurocognitivos e outros transtornos. Espera-se que essa organização estimule mais estudos sobre processos fisiopatológicos subjacentes que dão origem ao diagnóstico de comorbidades e à heterogeneidade de sintomas. Além disso, ao dispor agrupamentos de transtornos de

forma a espelhar a realidade clínica, o DSM-5 deve facilitar a identificação de potenciais diagnósticos por profissionais sem especialização na área da saúde mental, como médicos da atenção primária.

A estrutura organizacional do DSM-5, aliada à harmonização com a CID, foi elaborada para proporcionar conceitos diagnósticos melhores e mais flexíveis para o próximo período de pesquisas e servir como guia prático para clínicos explicarem aos pacientes o motivo pelo qual podem ter recebido múltiplos diagnósticos ou por que receberam diagnósticos novos ou alterados ao longo de suas vidas.

Questões Culturais

Transtornos mentais são definidos em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares. A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico. A cultura é transmitida, revisada e recriada dentro da família e de outros sistemas sociais e instituições. A avaliação diagnóstica, portanto, deve considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos. Os aspectos fundamentais da cultura relevantes à classificação e à avaliação diagnósticas foram levados em consideração durante o desenvolvimento do DSM-5.

Na Seção III, a "Formulação Cultural" contém um debate detalhado sobre cultura e diagnóstico no DSM-5, incluindo ferramentas para avaliação cultural aprofundada. No Apêndice, o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" proporciona uma descrição de algumas síndromes culturais comuns, tipos, características e peculiaridades de sofrimento e explicações causais relevantes à prática clínica.

Os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família. Portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente. O discernimento de que um determinado comportamento é anormal e exige atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outros a seu redor, incluindo familiares e clínicos. A consciência da importância da cultura pode corrigir interpretações errôneas de psicopatologia, mas a cultura também pode contribuir para vulnerabilidade e sofrimento (p. ex., ao amplificar temores que perpetuam o transtorno de pânico ou ansiedade em relação à saúde). Significados, costumes e tradições culturais também podem contribuir para o estigma ou apoio na reação social e familiar à doença mental. A cultura pode fornecer estratégias de enfrentamento que aumentam a resiliência em resposta à doença ou sugerir a busca de auxílio e opções de acesso à assistência à saúde de diversos tipos, incluindo sistemas de saúde alternativos e complementares. A cultura pode influenciar a aceitação ou a rejeição de um diagnóstico e a adesão ao tratamento, afetando o curso da doença e sua recuperação. Ela também afeta a conduta durante a consulta clínica; em consequência, diferenças culturais entre o clínico e o paciente têm efeito sobre a precisão e a aceitação do diagnóstico, bem como sobre as decisões terapêuticas, as considerações sobre o prognóstico e a evolução clínica.

Historicamente, o construto da síndrome ligada à cultura tem sido um dos principais interesses da psiquiatria cultural. No DSM-5, esse construto foi substituído por três conceitos que oferecem maior utilidade clínica:

1. *Síndrome cultural* é um grupo de sintomas concorrentes, relativamente invariáveis, encontrados em um grupo cultural, em uma comunidade ou em um contexto específico (p. ex., *ataque de nervios*). A síndrome pode ou não ser reconhecida como uma doença dentro da própria cultura (p. ex., pode ser rotulada de diversas formas), mas tais padrões culturais de sofrimento e características de doenças podem, ainda assim, ser reconhecidos por um observador de fora.
2. *Idioma cultural de sofrimento* é uma expressão linguística, ou frase, ou forma de falar sobre sofrimento entre indivíduos de um grupo cultural (p. ex., etnia e religião semelhantes) que se refere a conceitos compartilhados de patologia e formas de expressar, comunicar ou denominar características essenciais de sofrimento (p. ex., *kufungisisa*). Um idioma de sofrimen-

to não precisa estar associado a sintomas específicos, síndrome nem causas percebidas. Ele pode ser usado para transmitir uma ampla gama de desconforto, incluindo experiências do cotidiano, condições subclínicas ou sofrimento decorrente de circunstâncias sociais em vez de transtornos mentais. Por exemplo, a maioria das culturas apresenta signos corporais de aflição comuns usados para expressar uma ampla gama de sofrimento e preocupações.

3. *Explicação cultural ou causa percebida* é um rótulo, atribuição ou aspecto de um modelo explanatório que fornece uma etiologia ou causa concebida culturalmente para sintomas, doenças ou sofrimento (p. ex., *maladi moun*). Explicações causais podem ser aspectos evidenciados de classificações populares de doença usadas por leigos ou curandeiros.

Esses três conceitos (cujo debate e exemplos constam na Seção III e no Apêndice) sugerem formas culturais de compreender e descrever a vivência de doenças que podem vir à tona durante a consulta. Eles influenciam a sintomatologia, a busca por auxílio, as apresentações clínicas, as expectativas de tratamento, a adaptação à doença e a resposta ao tratamento. O mesmo termo cultural frequentemente cumpre mais de uma dessas funções.

Diferenças de Gênero

Diferenças sexuais e de gênero, da forma como se relacionam às causas e à expressão de condições médicas, estão estabelecidas para uma série de doenças, incluindo determinados transtornos mentais. Críticas ao DSM-5 incluem a análise de possíveis diferenças entre homens e mulheres na expressão de doença mental. Em termos de nomenclatura, *diferenças sexuais* são variações atribuídas aos órgãos reprodutores de um indivíduo e ao complemento cromossômico XX ou XY. *Diferenças de gênero* são variações que resultam tanto do sexo biológico como da autorrepresentação do indivíduo, que inclui consequências psicológicas, comportamentais e sociais do gênero percebido. O termo *diferenças de gênero* é utilizado no DSM-5 porque, com mais frequência, as diferenças entre homens e mulheres são o resultado tanto do sexo biológico quanto da autorrepresentação individual. Contudo, algumas diferenças baseiam-se apenas no sexo biológico.

O gênero pode influenciar a doença de várias formas. Em primeiro lugar, ele pode determinar exclusivamente se um indivíduo corre risco de um transtorno específico (p. ex., no transtorno disfórico pré-menstrual). Em segundo, o gênero pode moderar o risco geral para o desenvolvimento de um transtorno conforme demonstrado por diferenças de gênero marcadas nas taxas de prevalência e de incidência para determinados transtornos mentais. Em terceiro, o gênero pode influenciar a probabilidade de que sintomas específicos de um transtorno sejam vivenciados por um indivíduo. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um exemplo de transtorno com diferenças na apresentação que são experimentadas mais comumente por meninos ou meninas. O gênero provavelmente determina outros efeitos na vivência de um transtorno que são indiretamente relevantes ao diagnóstico psiquiátrico. Pode ocorrer que determinados sintomas sejam mais prontamente reconhecidos por homens ou por mulheres, o que contribui para a diferença na oferta de serviços (p. ex., mulheres têm mais chances de confirmar um transtorno depressivo, bipolar ou de ansiedade e de fornecer uma lista de sintomas mais abrangente do que homens).

Eventos do ciclo reprodutivo ao longo da vida, incluindo variações de estrogênio, também contribuem para diferenças de gênero quanto ao risco e à expressão de doenças. Portanto, um especificador de início no pós-parto para um episódio de mania ou depressivo maior reflete um período de tempo dentro do qual a mulher pode correr maior risco para o início de um episódio da doença. No caso de sono e energia, alterações costumam ser normais no pós-parto e, portanto, podem ter menos confiabilidade diagnóstica em mulheres no período puerperal.

A configuração do Manual inclui informações relativas ao gênero em múltiplos níveis. Caso haja sintomas específicos de gênero, eles foram incorporados aos critérios diagnósticos. Um especificador relacionado ao gênero, como início perinatal de um episódio de humor, proporciona informações adicionais sobre gênero e diagnóstico. Por fim, outras questões pertinentes ao diagnóstico e considerações sobre gênero podem ser encontradas na seção "Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero".

Uso de Outros Transtornos Especificados e Não Especificados

Com a finalidade de melhorar a especificidade diagnóstica, o DSM-5 substituiu a designação anterior de SOE por duas opções de uso clínico: *outro transtorno especificado* e *transtorno não especificado*. A categoria outro transtorno especificado foi fornecida para permitir que o clínico comunique o motivo específico pelo qual a apresentação não satisfaz os critérios para nenhuma das categorias dentro da classe de diagnóstico. Isso ocorre ao se registrar o nome da categoria, seguido do motivo específico. Por exemplo, para um indivíduo com sintomas depressivos clinicamente significativos com duração de quatro semanas, mas cuja sintomatologia não se encaixa no limiar diagnóstico para um episódio depressivo maior, o clínico registraria "outro transtorno depressivo especificado, episódio depressivo com sintomas insuficientes". Caso o clínico opte por não especificar o motivo pelo qual os critérios não são satisfeitos para um transtorno específico, então deve diagnosticar "transtorno depressivo não especificado". Perceba-se que a diferenciação entre outros transtornos especificados e não especificados baseia-se na decisão do clínico, o que proporciona o máximo de flexibilidade para o diagnóstico. Os clínicos não precisam diferenciar entre outros transtornos especificados e não especificados com base em alguma característica da própria apresentação. Quando o clínico determina que há evidências para especificar a natureza da apresentação clínica, o diagnóstico de outro transtorno especificado pode ser feito. Quando não consegue detalhar mais a especificação e descrever a apresentação clínica, pode-se atribuir o diagnóstico "não especificado". A decisão depende totalmente do discernimento clínico.

Para uma discussão mais detalhada de como usar as designações "outro transtorno especificado" e "não especificado", consulte "Utilização do Manual", na Seção I.

O Sistema Multiaxial

Apesar do uso difundido e de sua adoção por algumas agências governamentais e seguradoras, o sistema multiaxial do DSM-IV não era necessário para realizar um diagnóstico de transtorno mental. Um sistema de avaliação não axial também havia sido incluído, o qual simplesmente listava os transtornos apropriados nos Eixos I, II e III e as condições sem designações axiais. O DSM-5 mudou para uma documentação não axial de diagnóstico (anteriormente os Eixos I, II e III), com notações separadas para fatores psicossociais e contextuais importantes (anteriormente Eixo IV) e incapacidade (anteriormente Eixo V). Essa revisão está em conformidade com o texto do DSM-IV que afirma: "a distinção multiaxial entre os transtornos dos Eixos I, II e III não quer dizer que existem diferenças fundamentais em sua conceitualização, que os transtornos mentais não têm relação com fatores ou processos físicos ou biológicos ou que as condições médicas gerais não têm relação com fatores ou processos comportamentais ou psicossociais". A abordagem de indicar separadamente diagnósticos dos fatores psicossociais e contextuais também está em conformidade com a orientação da OMS e da CID de considerar o estado de funcionamento do indivíduo separadamente de seu diagnóstico ou do estado do sintoma. No DSM-5, o Eixo III foi combinado com os Eixos I e II. Os clínicos devem continuar a listar as condições médicas importantes para a compreensão ou para o manejo do transtorno ou transtornos mentais do indivíduo.

O Eixo IV do DSM-IV abrangia os problemas psicossociais e ambientais que poderiam afetar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de transtornos mentais. Embora esse eixo fornecesse informações úteis, mesmo que não fosse usado com a frequência pretendida, a Força-tarefa do DSM-5 recomendou que o DSM-5 não desenvolvesse sua própria classificação de problemas psicossociais e ambientais, e sim que utilizasse um conjunto selecionado dos códigos V da CID-9-MC e dos novos códigos Z inseridos na CID-10-MC. Os códigos Z da CID-10 foram examinados para determinar quais são mais relevantes aos transtornos mentais e também para identificar lacunas.

O Eixo V do DSM-IV era composto pela Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF), representando o julgamento do clínico quanto ao nível geral de "funcionamento em um

continuum hipotético de saúde-doença mental" do indivíduo. Vários motivos levaram à recomendação de que a GAF não fosse inserida no DSM-5, entre elas a ausência de clareza conceitual (i.e., inclusão de sintomas, risco de suicídio e incapacidade em seus descritores) e psicometria questionável na prática de rotina. Com a finalidade de fornecer uma medida global de incapacidade, a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS) foi incluída, para mais estudos, na Seção III do DSM-5 (ver o capítulo "Instrumentos de Avaliação"). A WHODAS baseia-se na Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (CIF) para o uso em todas as áreas de medicina e da saúde. A WHODAS (versão 2.0) e uma modificação desenvolvida para crianças e adolescentes e seus pais pelo Grupo de Estudo de Deficiência e Incapacidade foram incluídas nos testes de campo do DSM-5.

Aprimoramentos *On-line* (em inglês)

Foi um desafio determinar o que incluir na versão impressa do DSM-5, para que tivesse maior relevância e utilidade clínica, e ao mesmo tempo mantivesse um tamanho manejável. Por esse motivo, a inclusão de escalas e instrumentos de avaliação clínica na edição impressa limita-se às consideradas mais importantes. Medidas adicionais de avaliação utilizadas nos testes de campo estão disponíveis *on-line* (www.psychiatry.org/dsm5), com *links* para os transtornos relevantes. A Entrevista de Formulação Cultural, a Entrevista de Formulação Cultural – Versão do Informante e módulos complementares à base da Entrevista de Formulação Cultural também estão disponíveis *on-line* em www.psychiatry.org/dsm5.

O DSM-5 está disponível na forma de assinatura *on-line* em PsychiatryOnline.org e também como *e-book*. O componente *on-line* contém módulos e ferramentas de avaliação para aprimorar o texto e os critérios diagnósticos. Há também um conjunto completo de referências de apoio e informações úteis adicionais disponíveis *on-line*. A estrutura organizacional do DSM-5, seu uso de medidas dimensionais e a compatibilidade com os códigos da CID irão permitir que ele se adapte prontamente a futuras descobertas científicas e a aperfeiçoamentos em sua utilidade clínica. O DSM-5 será analisado ao longo do tempo para uma avaliação contínua de sua validade e para aprimorar seu valor para os clínicos.

Página propositalmente deixada em branco

Utilização do Manual

A introdução apresentou grande parte da história e do processo de desenvolvimento da revisão do DSM-5. Esta seção foi elaborada como um guia prático para a utilização do Manual, especialmente no que se refere à prática clínica. O objetivo primordial do DSM-5 é auxiliar clínicos treinados no diagnóstico dos transtornos mentais de seus pacientes, na formulação de caso como parte de uma avaliação que conduz a um plano de tratamento plenamente informado para cada indivíduo. Os sintomas que constam nos conjuntos de critérios diagnósticos não constituem definições abrangentes de transtornos subjacentes, que englobam processos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos que são muito mais complexos do que pode ser descrito nesses breves resumos. Sua intenção é, ao contrário, resumir síndromes características de sinais e sintomas que indicam um transtorno subjacente com uma história característica de desenvolvimento, fatores de risco biológicos e ambientais, correlatos neuropsicológicos e fisiológicos e curso clínico típico.

Abordagem à Formulação Clínica de Caso

A formulação de caso para qualquer paciente deve incluir história clínica criteriosa e um resumo conciso dos fatores sociais, psicológicos e biológicos que podem ter contribuído para o desenvolvimento determinado transtorno mental. Portanto, não basta simplesmente listar os sintomas nos critérios diagnósticos para estabelecer um diagnóstico de transtorno mental. Embora a conferência sistemática da presença desses critérios e de como eles se aplicam a cada paciente assegure uma avaliação mais confiável, a gravidade e o peso relativos de critérios individuais e sua contribuição para um diagnóstico exigem discernimento clínico. Os sintomas em nossos critérios diagnósticos integram o repertório relativamente limitado de respostas emocionais humanas a estresses internos e externos que geralmente se mantêm em um equilíbrio homeostático sem a interrupção do funcionamento normal. É necessário treinamento clínico para reconhecer quando a combinação de fatores relacionados a predisposição, precipitação, perpetuação e proteção resulta em uma condição psicopatológica na qual os sinais físicos e os sintomas excedem os limites normais. O objetivo final de uma formulação clínica de caso é usar as informações contextuais e diagnósticas disponíveis para desenvolver um plano terapêutico abrangente que esteja em consonância com o contexto cultural e social do indivíduo. Contudo, recomendações para a seleção e o uso das opções de tratamento mais adequadas para cada transtorno com base nas evidências fogem ao âmbito deste Manual.

Embora décadas de esforço científico tenham sido investidas no desenvolvimento de conjuntos de critérios diagnósticos para os transtornos inclusos na Seção II, reconhece-se que esse conjunto de diagnósticos categóricos não descreve inteiramente a ampla variedade de transtornos mentais vividos pela população e apresentados aos clínicos diariamente em todo o mundo. Como indicado na Introdução, a gama de interações genéticas/ambientais que afetam o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental ao longo do curso do desenvolvimento humano é praticamente ilimitada. Em consequência, torna-se impossível capturar a totalidade de psicopatologias nos grupos diagnósticos categóricos que usamos atualmente. Portanto, faz-se necessário também incluir opções de "outros transtornos especificados/não especificados" para apresentações que não se encaixam exatamente nos limites diagnósticos dos transtornos em cada capítulo. Em um contexto de sala de emergência, pode ser possível identificar apenas a expressão do sintoma mais proeminente associado a um capítulo específico – por exemplo, delírios, alucinações, mania, depressão, ansiedade, intoxicação por substância ou sintomas neurocognitivos –, identificando um transtorno "não especificado" nessa categoria até que um diagnóstico diferencial completo seja possível.

Definição de um Transtorno Mental

Cada transtorno identificado na Seção II do Manual (exceto os transtornos nos capítulos "Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos" e "Outras Condições que Podem Ser Foco da Atenção Clínica") deve satisfazer a definição de transtorno mental. Embora nenhuma definição seja capaz de capturar todos os aspectos de todos os transtornos inseridos no DSM-5, exigem-se os seguintes elementos:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a importância dos sintomas (p. ex., presença de ideação suicida), o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s), deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (p. ex., sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças). Os clínicos podem, dessa forma, encontrar indivíduos cujos sintomas não satisfazem todos os critérios para um transtorno mental, mas que demonstram necessidade evidente de tratamento ou cuidados. O fato de algumas pessoas não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser usado para limitar seu acesso aos cuidados adequados.

Abordagens à validação dos critérios diagnósticos para transtornos mentais categóricos distintos incluíram os seguintes tipos de evidências: validadores de antecedentes (marcadores genéticos semelhantes, traços familiares, temperamento e exposição ambiental), validadores concorrentes (substratos neurais semelhantes, biomarcadores, processamento emocional e cognitivo e similaridade de sintomas) e validadores preditivos (curso clínico e resposta ao tratamento semelhantes). No DSM-5, reconhecemos que os critérios diagnósticos atuais para qualquer transtorno individual não irão necessariamente identificar um grupo homogêneo de pacientes que podem ser caracterizados de forma confiável com todos esses validadores. Evidências disponíveis demonstram que esses validadores perpassam limites diagnósticos existentes, mas apresentam a tendência de agrupar-se mais frequentemente em um mesmo capítulo do DSM-5 ou permeiam capítulos contíguos. Até que se identifiquem mecanismos etiológicos ou fisiopatológicos incontestáveis para validar por completo transtornos específicos ou espectros de transtornos, o padrão mais importante para os critérios de transtorno do DSM-5 será sua utilidade clínica para a avaliação do curso clínico e da resposta ao tratamento de indivíduos agrupados por um determinado conjunto de critérios diagnósticos.

Essa definição de transtorno mental foi elaborada com objetivos clínicos, de saúde pública e de pesquisa. Informações adicionais, além das fornecidas pelos critérios diagnósticos do DSM-5, normalmente são necessárias para a realização de avaliações jurídicas em questões como responsabilidade penal, qualificação para compensação decorrente de incapacidade e inimputabilidade (ver "Advertência para a Utilização Forense do DSM-5" a seguir).

Critério para Relevância Clínica

Houve um esforço considerável por parte da Força-tarefa do DSM-5 e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para separar os conceitos de transtorno mental e incapacidade (prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo). No sistema da OMS, a *Classificação internacional de doenças* (CID) cobre todas as doenças e os transtornos, enquanto a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornece uma classificação à parte de incapacidade global. A Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS) baseia-se na CIF e teve utilidade comprovada como medição padronizada de incapacidade por transtornos mentais. Contudo, na ausência de marcadores biológicos evidentes ou de medidas de gravidade clinicamente úteis para vários transtornos mentais, não foi possível separar totalmente as expressões de sintomas normais e de sintomas patológicos inseridos nos critérios diagnósticos. Essa lacuna nas informações é problemática sobretudo em situações clínicas nas quais a apresentação em si dos sintomas do paciente (em especial em formas leves) não é inerentemente patológica e pode ser encontrada em indivíduos para os quais um diagnóstico de "transtorno mental" seria inadequado. Portanto, um critério diagnóstico genérico que requer sofrimento ou incapacidade foi usado para estabelecer limiares de transtorno, geralmente formulado como "a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo". O texto que segue a definição revisada de um transtorno mental reconhece que esse critério pode ser particularmente útil para determinar a necessidade de tratamento. O uso de informações obtidas junto a familiares e outras pessoas (além do paciente) quanto ao desempenho do indivíduo é recomendado, quando necessário.

Elementos de um Diagnóstico

Critérios Diagnósticos e Descritores

Os critérios diagnósticos são oferecidos como diretrizes para a realização de diagnósticos, e seu uso deve se basear no julgamento clínico. As descrições, incluindo seções de introdução de cada capítulo diagnóstico, podem ajudar a dar respaldo ao diagnóstico (p. ex., proporcionar diagnósticos diferenciais; descrever os critérios de forma mais completa sob "Características Diagnósticas").

Após a avaliação dos critérios diagnósticos, os clínicos devem considerar a aplicação de subtipos de transtornos e/ou especificadores, conforme apropriado. A gravidade e os especificadores do curso devem ser aplicados para indicar a apresentação atual do indivíduo, mas apenas quando os critérios forem totalmente satisfeitos. Caso contrário, os clínicos devem considerar se a apresentação dos sintomas satisfaz os critérios para uma designação "outro transtorno especificado" ou "não especificado". Quando aplicáveis, critérios específicos para definir a gravidade do transtorno (p. ex., leve, moderada, grave, extrema), características descritivas (p. ex., com *insight* bom ou razoável; em ambiente protegido) e curso (p. ex., em remissão parcial, em remissão completa, recorrente) são fornecidos com cada diagnóstico. Com base na entrevista clínica, nos textos descritivos, nos critérios e no julgamento clínico, realiza-se um diagnóstico final.

A convenção geral no Manual é permitir que diagnósticos múltiplos sejam atribuídos para as apresentações que satisfazem os critérios para mais de um transtorno do DSM-5.

Subtipos e Especificadores

Subtipos e especificadores (alguns com codificação até o 4º, 5º ou 6º dígito) são fornecidos para maior especificidade. Os *subtipos* definem subagrupamentos fenomenológicos mutuamente excludentes e coletivamente exaustivos dentro de um diagnóstico e são indicados pela instrução "*Determinar* o subtipo " no conjunto de critérios. Em contrapartida, *especificadores* não têm o propósito de ser mutuamente excludentes e coletivamente exaustivos, e, como consequência, mais de um especificador pode ser fornecido. Especificadores são indicados pela instrução "*Especificar*" ou "*Especificar* se" no conjunto de critérios. Os especificadores proporcionam uma oportuni-

dade para definir um subagrupamento mais homogêneo de pessoas com o transtorno que compartilham determinadas características (p. ex., transtorno depressivo maior, com características mistas) e transmitir informações que sejam relevantes ao manejo do transtorno do indivíduo, como o especificador "com outra comorbidade médica" nos transtornos do sono-vigília. Embora um quinto dígito às vezes seja designado para codificar um subtipo ou especificador (p. ex., 294.11 [F02.81] transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, com perturbação comportamental) ou gravidade (296.21 [F32.0] transtorno depressivo maior, episódio único, leve), a maioria dos subtipos e especificadores inclusos no DSM-5 não pode ser codificada dentro dos sistemas da CID-9-MC e da CID-10-MC e está indicada apenas pela inclusão do subtipo ou do especificador após a denominação do transtorno (p. ex., transtorno de ansiedade social [fobia social], somente desempenho). Deve-se observar que, em alguns casos, um especificador ou subtipo pode ser codificado na CID-10-MC, mas não na CID-9-MC. Da mesma forma, em alguns casos, o 4º ou o 5º caractere do código para subtipos ou especificadores ocorre apenas nas designações da codificação da CID-10-MC.

Um diagnóstico do DSM-5 normalmente se aplica à apresentação atual do indivíduo; diagnósticos anteriores dos quais o indivíduo remitiu devem estar claramente indicados. Especificadores que indicam *curso* (p. ex., em remissão parcial, em remissão completa) podem ser listados após o diagnóstico e são indicados em uma série de conjuntos de critérios. Quando disponíveis, *especificadores de gravidade* são fornecidos para orientar os clínicos na graduação de intensidade, frequência, duração, quantidade de sintomas ou outro indicador de gravidade de um transtorno. Os especificadores de gravidade são indicados pela instrução "*Especificar* a gravidade atual" no conjunto de critérios e incluem definições específicas do transtorno. Os *especificadores de características descritivas* também são disponibilizados nos conjuntos de critérios e transmitem informações adicionais que podem contribuir para o planejamento do tratamento (p. ex., transtorno obsessivo-compulsivo, com *insight* pobre). Nem todos os transtornos incluem especificadores de curso, gravidade e/ou características descritivas.

Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica

Além de importantes fatores psicossociais e ambientais (ver "O Sistema Multiaxial" na "Introdução" deste Manual), esses capítulos na Seção II também contêm outras condições que não se caracterizam como transtornos mentais, mas podem ser encontradas por clínicos da área da saúde mental. Essas condições podem ser enumeradas como motivo para uma consulta clínica juntamente aos transtornos mentais listados na Seção II ou em lugar deles. Um capítulo em separado é dedicado aos transtornos induzidos por medicamentos e a outros efeitos adversos de medicamentos que podem ser avaliados e tratados por clínicos na prática da saúde mental, como acatisia, discinesia tardia e distonia. A descrição da síndrome neuroléptica maligna foi expandida a partir do texto do DSM-IV-TR para destacar a natureza emergente e potencialmente letal dessa condição, e um novo item sobre a síndrome da descontinuação de antidepressivo foi acrescentado. Um capítulo adicional debate outras condições que podem constituir foco de atenção clínica, entre as quais estão problemas de relacionamento, problemas relacionados a abuso e negligência, problemas com a adesão a regimes terapêuticos, obesidade, comportamento antissocial e simulação.

Diagnóstico Principal

Quando mais de um diagnóstico é atribuído a um indivíduo em um contexto de internação, o diagnóstico principal é a condição estabelecida como responsável primeira por sua admissão. Quando mais de um diagnóstico é atribuído a um paciente em um contexto ambulatorial, o motivo da consulta é a condição principal responsável pelos serviços médicos ambulatoriais recebidos por ocasião da consulta. Na maioria dos casos, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta também são o foco principal de atenção ou tratamento. Frequentemente, é difícil

(e até certo ponto arbitrário) determinar o diagnóstico principal ou a razão para a consulta, sobretudo quando, por exemplo, um diagnóstico relacionado a substância, como transtorno por uso de álcool, é acompanhado por um diagnóstico não relacionado a substância, como esquizofrenia. Por exemplo, pode haver dúvidas sobre qual diagnóstico deve ser considerado "principal" em um indivíduo hospitalizado por esquizofrenia e transtorno por uso de álcool, porque cada condição pode ter contribuído igualmente para a necessidade de internação e tratamento. O diagnóstico principal é indicado ao ser listado em primeiro lugar, e os transtornos remanescentes são listados em ordem de foco de atenção e tratamento. Quando o diagnóstico principal ou o motivo da consulta for um transtorno mental devido a outra condição médica (p. ex., transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna), as regras de codificação da CID exigem que a condição médica etiológica seja listada em primeiro lugar. Nesse caso, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta seria o transtorno mental devido à condição médica, o segundo diagnóstico listado. Na maioria dos casos, o transtorno listado como o diagnóstico principal ou o motivo da consulta é seguido pela expressão qualificadora "(diagnóstico principal)" ou "(motivo da consulta)".

Diagnóstico Provisório

O especificador "provisório" pode ser usado quando existir forte suspeita de que todos os critérios serão satisfeitos para um transtorno, mas não houver informações suficientes disponíveis para estabelecer um diagnóstico definitivo. O clínico pode indicar a incerteza diagnóstica ao registrar "(provisório)" após o diagnóstico. Por exemplo, esse diagnóstico pode ser usado quando um indivíduo que parece apresentar um transtorno depressivo maior é incapaz de fornecer uma história adequada para que se estabeleça o preenchimento de todos os critérios. Outro uso do termo "provisório" é para as situações em que o diagnóstico diferencial depende exclusivamente da duração da doença. Um diagnóstico de transtorno esquizofreniforme, por exemplo, requer duração inferior a seis meses, mas de pelo menos um mês, e pode ser estabelecido provisoriamente se for indicado antes da ocorrência da remissão.

Procedimentos para Codificação e Registro

Cada transtorno é acompanhado por um código diagnóstico e estatístico de identificação, o qual é normalmente usado por instituições e agências para a coleta de dados e cobranças. Há protocolos de registro específicos para esses códigos diagnósticos (identificados como notas para codificação no texto) que foram estabelecidos pela OMS, pelos US. Centers for Medicare and Medicad Services (CMS) e pelos Centers for Disease Control and Prevention, do National Center for Health Statistics, para assegurar a uniformidade do registro internacional de taxas de prevalência e mortalidade para condições de saúde identificadas. Para a maioria dos clínicos, os códigos são usados com a finalidade de identificar o diagnóstico ou o motivo da consulta para pedidos de indenização aos CMS e aos serviços de seguro da iniciativa privada. O sistema de codificação oficial em uso nos Estados Unidos no momento da publicação deste Manual é a CID-9-MC. A adoção oficial da CID-10-MC está marcada para 1º de outubro de 2014, e esses códigos, os quais aparecem entre parênteses neste Manual, não devem ser usados até que a implementação oficial ocorra. Os códigos tanto da CID-9-MC quanto da CID-10-MC foram listados 1) antes da denominação do transtorno na classificação e 2) acompanhando o conjunto de critérios para cada transtorno. Para alguns diagnósticos (p. ex., transtornos neurocognitivos e induzidos por substância/medicamento), o código apropriado depende de maiores especificações e está listado dentro do conjunto de critérios para o transtorno, na forma de notas para codificação e, em alguns casos, com maior elucidação em uma seção sobre procedimentos para registro. A denominação de alguns transtornos é seguida por termos alternativos entre parênteses, os quais, na maioria dos casos, foram os nomes dados aos transtornos no DSM-IV.

Olhando para o Futuro: Ferramentas de Avaliação e Monitoramento

Os diversos componentes do DSM-5 foram colocados à disposição para facilitar a avaliação dos pacientes e auxiliar na elaboração de uma formulação de caso abrangente. Embora os critérios diagnósticos na Seção II são medidas bem estabelecidas que passaram por revisão exaustiva, as ferramentas de avaliação, uma entrevista de formulação cultural e as condições para estudos posteriores inclusas na Seção III são elementos para os quais determinamos que ainda não há evidências científicas que respaldem, por sua vez, sua difusão para uso clínico. Esses critérios e auxílios diagnósticos foram incluídos para destacar a evolução e a direção dos avanços científicos nessas áreas e para estimular novas pesquisas.

Cada uma das medidas inseridas na Seção III foi fornecida para auxiliar na avaliação abrangente de indivíduos, o que irá contribuir para um diagnóstico e para um plano de tratamento sob medida para a apresentação individual e o contexto clínico. Quando a dinâmica cultural for particularmente importante para a avaliação diagnóstica, a entrevista de formulação cultural deve ser considerada como ferramenta útil para a comunicação com o indivíduo. Sintomas transversais e medidas de gravidade específicas do diagnóstico proporcionam índices quantitativos de áreas clínicas importantes e foram elaborados para uso durante a avaliação inicial a fim de estabelecer uma linha de base para comparação com índices em encontros subsequentes, permitindo monitorar mudanças e qualificar o planejamento do tratamento.

O uso dessas medidas irá, sem dúvida, ser facilitado por aplicativos digitais, e sua inclusão na Seção III possibilita desenvolvimento e avaliação mais aprofundados. Como ocorre com cada edição do DSM, os critérios diagnósticos e a classificação de transtornos mentais do DSM-5 refletem o consenso atual sobre a evolução do conhecimento em nossa área.

Advertência para a Utilização Forense do DSM-5

Embora o objetivo principal da elaboração dos critérios diagnósticos e do texto do DSM-5 tenha sido auxiliar clínicos na condução da avaliação clínica, da formulação de caso e do planejamento do tratamento, este Manual também é usado como referência em tribunais e por advogados para avaliar as consequências forenses de transtornos mentais. Em consequência, é importante observar que a definição de transtorno mental inclusa no DSM-5 foi desenvolvida para satisfazer as necessidades de clínicos, profissionais da área da saúde e pesquisadores, em vez de todas as necessidades técnicas de tribunais e de profissionais da área jurídica. Cabe, ainda, atestar que o DSM-5 não fornece diretrizes de tratamento para nenhum tipo de transtorno.

Quando usados apropriadamente, os diagnósticos e as informações diagnósticas podem auxiliar os detentores do poder de decisão no âmbito legal em suas deliberações. Por exemplo, quando a presença de um transtorno mental é o fundamento para uma determinação legal subsequente (p. ex., internação compulsória), o uso de um sistema estabelecido de diagnóstico aumenta o valor e a confiabilidade da deliberação. Por ser um compêndio baseado em uma revisão da literatura clínica e de pesquisa pertinente, o DSM-5 pode facilitar o entendimento das características relevantes dos transtornos mentais pelas autoridades judiciais. A literatura relacionada aos diagnósticos também serve para cercear especulações infundadas sobre transtornos mentais e sobre o funcionamento de determinado indivíduo. Por fim, as informações diagnósticas envolvendo o curso longitudinal podem melhorar a tomada de decisão quando a questão legal se refere ao funcionamento mental de uma pessoa no passado ou em algum momento futuro.

Contudo, o uso do DSM-5 deve envolver o conhecimento dos riscos e limitações no âmbito forense. Quando as categorias, os critérios e as descrições do DSM-5 são empregados para fins forenses, há o risco de que as informações diagnósticas sejam usadas de forma indevida ou compreendidas erroneamente. Esses perigos surgem por não haver uma concordância perfeita entre as questões de interesse da justiça e as informações contidas em um diagnóstico clínico. Na maioria das situações, a presença de um diagnóstico clínico de transtorno mental do DSM-5, como deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), esquizofrenia, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do jogo ou transtorno pedofílico, não implica que o indivíduo com a condição satisfaça critérios legais para a presença de um transtorno mental ou um parâmetro jurídico específico (p. ex., para interdição, capacidade civil, imputabilidade ou inimputabilidade penal). Para este último, normalmente são necessárias informações adicionais que vão além das contidas no diagnóstico do DSM-5, o que pode incluir dados acerca dos prejuízos funcionais do indivíduo e sobre como esses prejuízos afetam as aptidões específicas em questão. Precisamente porque os prejuízos, as aptidões e as deficiências variam amplamente dentro de cada categoria diagnóstica, a atribuição de um determinado diagnóstico não indica um nível específico de prejuízo ou incapacitação.

O uso do DSM-5 por indivíduos que não atuam na área clínica, ou cuja formação ou treinamento na área é insuficiente, para avaliar a presença de um transtorno mental não é recomendado. As pessoas com poder de decisão fora do âmbito clínico também devem ser alertadas de que um diagnóstico não traz em si quaisquer implicações necessárias com relação à etiologia ou às causas do transtorno mental do indivíduo ou do grau de controle que este tem sobre comportamentos que podem estar associados ao transtorno. Mesmo quando a diminuição do controle sobre o próprio comportamento é uma característica do transtorno, o fato de ter o diagnóstico, por si só, não indica que a pessoa necessariamente é (ou foi) incapaz de controlar seu comportamento em determinado momento.

Página propositalmente deixada em branco

SEÇÃO II
Critérios Diagnósticos e Códigos

Transtornos do Neurodesenvolvimento 31
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos 87
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados 123
Transtornos Depressivos 155
Transtornos de Ansiedade 189
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados 235
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores 265
Transtornos Dissociativos 291
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados 309
Transtornos Alimentares 329
Transtornos da Eliminação 355
Transtornos do Sono-Vigília 361
Disfunções Sexuais 423
Disforia de Gênero 451
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta 461
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos 481
Transtornos Neurocognitivos 591
Transtornos da Personalidade 645
Transtornos Parafílicos 685
Outros Transtornos Mentais 707
Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos 709
Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica 715

Página propositalmente deixada em branco

Esta seção contém os critérios diagnósticos aprovados para uso clínico de rotina juntamente com os códigos da CID-9-MC (códigos da CID-10 indicados entre parênteses). Em cada transtorno mental, os critérios diagnósticos são seguidos por texto descritivo para auxiliar na tomada de decisão diagnóstica. Sempre que necessário, são apresentados procedimentos de registro específicos junto aos critérios diagnósticos com a finalidade de orientar a seleção do código mais adequado. Em alguns casos, procedimentos separados de registro para a CID-9-MC e para a CID-10-MC são fornecidos. Embora não sejam considerados transtornos oficiais do DSM-5, transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos, bem como outras condições que podem ser foco de atenção clínica (incluindo os códigos V adicionais da CID-9-MC e os futuros códigos Z da CID-10-MC), são fornecidos para indicar outros motivos para a consulta, tais como fatores ambientais e problemas de relacionamento. Esses códigos foram adaptados a partir da CID-9-MC e da CID-10-MC e não foram revisados nem aprovados como diagnósticos oficiais do DSM-5, mas podem proporcionar um contexto adicional para a formulação clínica e para o plano de tratamento. Esses três componentes – os critérios com texto correspondente, os transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos e as descrições de outras condições que podem ser foco de atenção clínica – representam os elementos fundamentais do processo diagnóstico clínico e, portanto, são apresentados juntos.

Página propositalmente deixada em branco

Transtornos do Neurodesenvolvimento

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados. Por exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas.

A deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. O atraso global do desenvolvimento, como o nome implica, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. Esse diagnóstico é utilizado para indivíduos que estão incapacitados de participar de avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente, por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado.

Os transtornos da comunicação incluem o transtorno da linguagem, o transtorno da fala, o transtorno da comunicação social (pragmática) e o transtorno da fluência com início na infância (gagueira). Os três primeiros caracterizam-se por déficits no desenvolvimento e no uso da linguagem, da fala e da comunicação social, respectivamente. O transtorno da fluência com início na infância é caracterizado por perturbações da fluência normal e da produção motora da fala, incluindo sons ou sílabas repetidas, prolongamento de sons de consoantes ou vogais, interrupção de palavras, bloqueio ou palavras pronunciadas com tensão física excessiva. Tal como outros transtornos do neurodesenvolvimento, os transtornos da comunicação iniciam-se precocemente e podem acarretar prejuízos funcionais durante toda a vida.

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o

desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo.

No diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas por meio do uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade da primeira preocupação; com ou sem perda de habilidades estabelecidas; gravidade). Tais especificadores oportunizam aos clínicos a individualização do diagnóstico e a comunicação de uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos anteriormente diagnosticados com transtorno de Asperger atualmente receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados "de externalização", tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.

Os transtornos motores do neurodesenvolvimento incluem o transtorno do desenvolvimento da coordenação, o transtorno do movimento estereotipado e os transtornos de tique. O transtorno do desenvolvimento da coordenação caracteriza-se por déficits na aquisição e na execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando-se por falta de jeito e lentidão ou imprecisão no desempenho de habilidades motoras, causando interferência nas atividades da vida diária. O transtorno do movimento estereotipado é diagnosticado quando um indivíduo apresenta comportamentos motores repetitivos, aparentemente direcionados e sem propósito, como agitar as mãos, balançar o corpo, bater a cabeça, morder-se ou machucar-se. Os movimentos interferem em atividades sociais, acadêmicas ou outras. Se os comportamentos causam autolesão, isso deve ser especificado como parte da descrição diagnóstica. Os transtornos de tique caracterizam-se pela presença de tiques motores ou vocais, que são movimentos ou vocalizações repentinos, rápidos, recorrentes, não ritmados e estereotipados. Duração, etiologia presumida e apresentação clínica definem o transtorno de tique específico a ser diagnosticado: transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique transitório, outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado. O transtorno de Tourette é diagnosticado quando o indivíduo apresenta múltiplos tiques motores e vocais, presentes por pelo menos um ano e com um curso sintomático de remissões e recorrências.

Um transtorno específico da aprendizagem, como o nome implica, é diagnosticado diante de déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. Esse transtorno do neurodesenvolvimento manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho individual nas habilidades acadêmicas afetadas está bastante abaixo da média para a idade, ou níveis de desempenho aceitáveis são atingidos somente com esforço extraordinário. O transtorno específico da aprendizagem pode ocorrer em pessoas identificadas como apresentando altas habilidades intelectuais e manifestar-se apenas quando as demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (p. ex., testes cronometrados) impõem barreiras que não podem ser vencidas pela inteligência inata ou por estratégias compensatórias. Para todas as pessoas, o transtorno específico da aprendizagem pode acarretar prejuízos duradouros em atividades que dependam das habilidades, inclusive no desempenho profissional.

O uso de especificadores para diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento enriquece a descrição do curso clínico e da sintomatologia atual do indivíduo. Além de especificadores descritores da apresentação clínica, como idade de início ou classificações da gravidade, os transtornos do neurodesenvolvimento podem incluir o especificador "associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental". Esse especificador oportuniza aos clínicos a documentação de fatores que podem ter desempenhado um papel na etiologia do transtorno, bem como daqueles capazes de afetar o curso clínico. Exemplos incluem doenças genéticas, como síndrome do X-frágil, esclerose tuberosa e síndrome de Rett; condições médicas, como epilepsia; e fatores ambientais, inclusive muito baixo peso ao nascer e exposição fetal ao álcool (mesmo na ausência de síndrome do álcool fetal).

Deficiências Intelectuais

Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual)

Critérios Diagnósticos

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
B. Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Nota: O termo diagnóstico *deficiência intelectual* equivale ao diagnóstico da CID-11 de *transtornos do desenvolvimento intelectual.* Embora o termo *deficiência intelectual* seja utilizado em todo este Manual, ambos os termos são empregados no título para esclarecer as relações com outros sistemas de classificação. Além disso, uma Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) substitui o termo *retardo mental* por *deficiência mental*, e periódicos de pesquisa usam *deficiência intelectual.* Assim, *deficiência intelectual* é o termo de uso comum por médicos, educadores e outros, além de pelo público leigo e grupos de defesa dos direitos.

Especificar a gravidade atual (ver Tabela 1):

317 (F70) Leve
318.0 (F71) Moderada
318.1 (F72) Grave
318.2 (F73) Profunda

Especificadores

Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo, e não em escores de QI, uma vez que é o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário. Além disso, medidas de QI são menos válidas na extremidade mais inferior da variação desse coeficiente.

TABELA 1 Níveis de gravidade para deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual)

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Leve	Em crianças pré-escolares, pode não haver diferenças conceituais óbvias. Para crianças em idade escolar e adultos, existem dificuldades em aprender habilidades acadêmicas que envolvam leitura, escrita, matemática, tempo ou dinheiro, sendo necessário apoio em uma ou mais áreas para o alcance das expectativas associadas à idade. Nos adultos, pensamento abstrato, função executiva (i.e., planejamento, estabelecimento de estratégias, fixação de prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como uso funcional de habilidades acadêmicas (p. ex., leitura, controle do dinheiro), estão prejudicados. Há uma abordagem um tanto concreta a problemas e soluções em comparação com indivíduos na mesma faixa etária.	Comparado aos indivíduos na mesma faixa etária com desenvolvimento típico, o indivíduo mostra-se imaturo nas relações sociais. Por exemplo, pode haver dificuldade em perceber, com precisão, pistas sociais dos pares. Comunicação, conversação e linguagem são mais concretas e imaturas do que o esperado para a idade. Podem existir dificuldades de regulação da emoção e do comportamento de uma forma adequada à idade; tais dificuldades são percebidas pelos pares em situações sociais. Há compreensão limitada do risco em situações sociais; o julgamento social é imaturo para a idade, e a pessoa corre o risco de ser manipulada pelos outros (credulidade).	O indivíduo pode funcionar de acordo com a idade nos cuidados pessoais. Precisa de algum apoio nas tarefas complexas da vida diária na comparação com os pares. Na vida adulta, os apoios costumam envolver compras de itens para a casa, transporte, organização do lar e dos cuidados com os filhos, preparo de alimentos nutritivos, atividades bancárias e controle do dinheiro. As habilidades recreativas assemelham-se às dos companheiros de faixa etária, embora o juízo relativo ao bem-estar e à organização da recreação precise de apoio. Na vida adulta, pode conseguir emprego em funções que não enfatizem habilidades conceituais. Os indivíduos em geral necessitam de apoio para tomar decisões de cuidados de saúde e decisões legais, bem como para aprender a desempenhar uma profissão de forma competente. Apoio costuma ser necessário para criar uma família.

TABELA 1 Níveis de gravidade para deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) (*continuação*)

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Moderada	Durante todo o desenvolvimento, as habilidades conceituais individuais ficam bastante atrás das dos companheiros. Nos pré-escolares, a linguagem e as habilidades pré-acadêmicas desenvolvem-se lentamente. Nas crianças em idade escolar, ocorre lento progresso na leitura, na escrita, na matemática e na compreensão do tempo e do dinheiro ao longo dos anos escolares, com limitações marcadas na comparação com os colegas. Nos adultos, o desenvolvimento de habilidades acadêmicas costuma mostrar-se em um nível elementar, havendo necessidade de apoio para todo emprego de habilidades acadêmicas no trabalho e na vida pessoal. Assistência contínua diária é necessária para a realização de tarefas conceituais cotidianas, sendo que outras pessoas podem assumir integralmente essas responsabilidades pelo indivíduo.	O indivíduo mostra diferenças marcadas em relação aos pares no comportamento social e na comunicação durante o desenvolvimento. A linguagem falada costuma ser um recurso primário para a comunicação social, embora com muito menos complexidade que a dos companheiros. A capacidade de relacionamento é evidente nos laços com família e amigos, e o indivíduo pode manter amizades bem-sucedidas na vida e, por vezes, relacionamentos românticos na vida adulta. Pode, entretanto, não perceber ou interpretar com exatidão as pistas sociais. O julgamento social e a capacidade de tomar decisões são limitados, com cuidadores tendo que auxiliar a pessoa nas decisões. Amizades com companheiros com desenvolvimento normal costumam ficar afetadas pelas limitações de comunicação e sociais. Há necessidade de apoio social e de comunicação significativo para o sucesso nos locais de trabalho.	O indivíduo é capaz de dar conta das necessidades pessoais envolvendo alimentar-se, vestir-se, eliminações e higiene como adulto, ainda que haja necessidade de período prolongado de ensino e de tempo para que se torne independente nessas áreas, talvez com necessidade de lembretes. Da mesma forma, participação em todas as tarefas domésticas pode ser alcançada na vida adulta, ainda que seja necessário longo período de aprendizagem, que um apoio continuado tenha que ocorrer para um desempenho adulto. Emprego independente em tarefas que necessitem de habilidades conceituais e comunicacionais limitadas pode ser conseguido, embora com necessidade de apoio considerável de colegas, supervisores e outras pessoas para o manejo das expectativas sociais, complexidades de trabalho e responsabilidades auxiliares, como horário, transportes, benefícios de saúde e controle do dinheiro. Uma variedade de habilidades recreacionais pode ser desenvolvida. Estas costumam demandar apoio e oportunidades de aprendizagem por um longo período de tempo. Comportamento mal-adaptativo está presente em uma minoria significativa, causando problemas sociais.

TABELA 1 Níveis de gravidade para deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) (*continuação*)

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Grave	Alcance limitado de habilidades conceituais. Geralmente, o indivíduo tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos que envolvam números, quantidade, tempo e dinheiro. Os cuidadores proporcionam grande apoio para a solução de problemas ao longo da vida.	A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. A fala pode ser composta de palavras ou expressões isoladas, com possível suplementação por meios alternativos. A fala e a comunicação têm foco no aqui e agora dos eventos diários. A linguagem é usada para comunicação social mais do que para explicações. Os indivíduos entendem discursos e comunicação gestual simples. As relações com familiares e pessoas conhecidas constituem fonte de prazer e ajuda.	O indivíduo necessita de apoio para todas as atividades cotidianas, inclusive refeições, vestir-se, banhar-se e eliminação. Precisa de supervisão em todos os momentos. Não é capaz de tomar decisões responsáveis quanto a seu bem-estar e dos demais. Na vida adulta, há necessidade de apoio e assistência contínuos nas tarefas domésticas, recreativas e profissionais. A aquisição de habilidades em todos os domínios envolve ensino prolongado e apoio contínuo. Comportamento mal-adaptativo, inclusive autolesão, está presente em uma minoria significativa.
Profunda	As habilidades conceituais costumam envolver mais o mundo físico do que os processos simbólicos. A pessoa pode usar objetos de maneira direcionada a metas para o autocuidado, o trabalho e a recreação. Algumas habilidades visuoespaciais, como combinar e classificar, baseadas em características físicas, podem ser adquiridas. A ocorrência concomitante de prejuízos motores e sensoriais, porém, pode impedir o uso funcional dos objetos.	O indivíduo apresenta compreensão muito limitada da comunicação simbólica na fala ou nos gestos. Pode entender algumas instruções ou gestos simples. Há ampla expressão dos próprios desejos e emoções pela comunicação não verbal e não simbólica. A pessoa aprecia os relacionamentos com membros bem conhecidos da família, cuidadores e outras pessoas conhecidas, além de iniciar interações sociais e reagir a elas por meio de pistas gestuais e emocionais. A ocorrência concomitante de prejuízos sensoriais e físicos pode impedir muitas atividades sociais.	O indivíduo depende de outros para todos os aspectos do cuidado físico diário, saúde e segurança, ainda que possa conseguir participar também de algumas dessas atividades. Aqueles sem prejuízos físicos graves podem ajudar em algumas tarefas diárias de casa, como levar os pratos para a mesa. Ações simples com objetos podem constituir a base para a participação em algumas atividades profissionais com níveis elevados de apoio continuado. Atividades recreativas podem envolver, por exemplo, apreciar ouvir música, assistir a filmes, sair para passear ou participar de atividades aquáticas, tudo isso com apoio de outras pessoas. A ocorrência concomitante de prejuízos físicos e sensoriais é barreira frequente à participação (além da observação) em atividades domésticas, recreativas e profissionais. Comportamento mal-adaptativo está presente em uma minoria significativa.

Características Diagnósticas

As características essenciais da deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) incluem déficits em capacidades mentais genéricas (Critério A) e prejuízo na função adaptativa diária na comparação com indivíduos pareados para idade, gênero e aspectos socioculturais (Critério B). O início ocorre durante o período do desenvolvimento (Critério C). O diagnóstico de deficiência intelectual baseia-se tanto em avaliação clínica quanto em testes padronizados das funções adaptativa e intelectual.

O critério A refere-se a funções intelectuais que envolvem raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem pela educação escolar e experiência e compreensão prática. Os componentes críticos incluem compreensão verbal, memória de trabalho, raciocínio perceptivo, raciocínio quantitativo, pensamento abstrato e eficiência cognitiva. O funcionamento intelectual costuma ser mensurado com testes de inteligência administrados individualmente, com validade psicométrica, abrangentes, culturalmente adequados e adequados do ponto de vista psicométrico. Indivíduos com deficiência intelectual apresentam escores em torno de dois desvios-padrão ou mais abaixo da média populacional, incluindo uma margem de erro de medida (em geral, +5 pontos). Em testes com desvio-padrão de 15 e média de 100, isso significa um escore de 65-75 (70 ± 5). Treinamento e julgamento clínicos são necessários para a interpretação dos resultados dos testes e a avaliação do desempenho intelectual.

Fatores que podem influenciar os escores dos testes incluem efeitos de prática e o "efeito Flynn" (i.e., escores excessivamente elevados devido a normas desatualizadas dos testes). Escores inválidos podem resultar do uso de testes ou grupos de triagem breves; escores de subtestes individuais altamente discrepantes podem invalidar um escore geral de QI. Há necessidade de normatização dos instrumentos em termos de contexto sociocultural e idioma nativo do indivíduo. Transtornos concomitantes que influenciem a comunicação, a linguagem e/ou a função motora ou sensorial podem afetar os escores do teste. Perfis cognitivos individuais baseados em testes neuropsicológicos são mais úteis para o entendimento de capacidades intelectuais do que apenas o escore do QI. Esses testes podem identificar pontos fortes e pontos fracos, uma avaliação que é importante para o planejamento acadêmico e profissional.

Escores de QI são aproximações do funcionamento conceitual, mas podem ser insuficientes para a avaliação do raciocínio em situações da vida real e do domínio de tarefas práticas. Exemplificando, uma pessoa com um escore de QI acima de 70 pode ter problemas de comportamento adaptativo tão graves no juízo social, no entendimento social e em outras áreas da função adaptativa que seu funcionamento real é comparável ao de pessoas com um escore de QI mais baixo. Assim, o julgamento clínico é necessário para a interpretação dos resultados dos testes de QI.

Déficits no funcionamento adaptativo (Critério B) referem-se a quão bem uma pessoa alcança os padrões de sua comunidade em termos de independência pessoal e responsabilidade social em comparação a outros com idade e antecedentes socioculturais similares. O funcionamento adaptativo envolve raciocínio adaptativo em três domínios: conceitual, social e prático. O *domínio conceitual (acadêmico)* envolve competência em termos de memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos práticos, solução de problemas e julgamento em situações novas, entre outros. O *domínio social* envolve percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; habilidades de comunicação interpessoal; habilidades de amizade; julgamento social; entre outros. O *domínio prático* envolve aprendizagem e autogestão em todos os cenários de vida, inclusive cuidados pessoais, responsabilidades profissionais, controle do dinheiro, recreação, autocontrole comportamental e organização de tarefas escolares e profissionais, entre outros. Capacidade intelectual, educação, motivação, socialização, aspectos de personalidade, oportunidade vocacional, experiência cultural e condições médicas gerais e transtornos mentais coexistentes influenciam o funcionamento adaptativo.

O funcionamento adaptativo é investigado mediante uso tanto da avaliação clínica quanto de medidas individualizadas, culturalmente adequadas e psicometricamente adequadas. Medidas padronizadas são empregadas com informantes (p. ex., pais ou outro membro da família; professor; conselheiro; provedor de cuidados) e com o indivíduo, na medida do possível. Outras fontes de informação incluem avaliações educacionais, desenvolvimentais, médicas e de saúde mental. Escores de medidas padronizadas e fontes de entrevista devem ser interpretados com uso de julgamento

clínico. Quando a realização de um teste padronizado é difícil ou impossível por uma variedade de fatores (p. ex., prejuízo sensorial, comportamento problemático grave), o indivíduo pode ser diagnosticado com uma deficiência intelectual não especificada. O funcionamento adaptativo pode ser de difícil investigação em um cenário controlado (p. ex., prisões, centros de detenção); se possível, informações corroborativas que reflitam o funcionamento fora desses locais devem ser obtidas.

O critério B é preenchido quando pelo menos um domínio do funcionamento adaptativo – conceitual, social ou prático – está suficientemente prejudicado a ponto de ser necessário apoio contínuo para que a pessoa tenha desempenho adequado em um ou mais de um local, tais como escola, local de trabalho, casa ou comunidade. Para que sejam atendidos os critérios diagnósticos de deficiência intelectual, os déficits no funcionamento adaptativo devem estar diretamente relacionados aos prejuízos intelectuais descritos no Critério A. O Critério C, início durante o período do desenvolvimento, refere-se ao reconhecimento da presença de déficits intelectuais e adaptativos durante a infância ou adolescência.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A deficiência intelectual é uma condição heterogênea com múltiplas causas. Pode haver dificuldades associadas ao juízo social; à avaliação de riscos; ao autocontrole do comportamento, emoções ou relações interpessoais; ou à motivação na escola ou nos ambientes de trabalho. Falta de habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos ou agressivos. A credulidade costuma ser uma característica, envolvendo ingenuidade em situações sociais e tendência a ser facilmente conduzido pelos outros. Credulidade e falta de consciência sobre riscos podem resultar em exploração por outros e possível vitimização, fraude, envolvimento criminal não intencional, falsas confissões e risco de abuso físico e sexual. Esses aspectos associados podem ser importantes em casos criminais, incluindo audiências do tipo Atkins, envolvendo pena de morte.

Pessoas com diagnóstico de deficiência intelectual, com transtornos mentais comórbidos apresentam risco de suicídio. Elas pensam em suicídio, fazem tentativas suicidas e podem morrer em decorrência delas. Assim, é essencial a investigação de pensamentos suicidas no processo de avaliação. Em decorrência da falta da consciência de riscos e perigos, taxas de lesões acidentais podem ser elevadas.

Prevalência

A deficiência intelectual tem uma prevalência geral na população como um todo de cerca de 1%, com variações em decorrência da idade. A prevalência de deficiência intelectual grave é de cerca de 6 por 1.000.

Desenvolvimento e Curso

O início da deficiência intelectual é no período do desenvolvimento. Idade e aspectos característicos no início dependem da etiologia e da gravidade da disfunção cerebral. Atrasos em marcos motores, linguísticos e sociais podem ser identificáveis nos primeiros dois anos de vida entre aqueles com deficiência intelectual mais grave, ao passo que níveis leves podem não ser identificados até a idade escolar, quando ficam aparentes as dificuldades de aprendizagem acadêmica. Todos os critérios (inclusive o C) devem ser atendidos pela história ou pela apresentação atual. Algumas crianças com menos de 5 anos de idade, cuja apresentação atenderá, em última análise, aos critérios de deficiência intelectual, têm déficits que satisfazem a critérios de atraso global do desenvolvimento.

Quando a deficiência intelectual está associada a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (como na síndrome de Down, p. ex.). Algumas síndromes têm um *fenótipo comportamental*, o que se refere a comportamentos específicos, característicos de determinado transtorno genético (p. ex., síndrome de Lesch-Nyhan). Nas formas adquiridas, o aparecimento pode ser abrupto, após doenças como meningite ou encefalite ou traumatismo encefálico durante o período do desenvolvimento. Quando a deficiência intelectual decorre de perda de habilidades cognitivas previamente adquiridas, como em lesões cerebrais traumáticas, pode ser atribuído tanto diagnóstico de deficiência intelectual quanto o de um transtorno neurocognitivo.

Embora a deficiência intelectual em geral não seja progressiva, em algumas doenças genéticas (p. ex., síndrome de Rett) há períodos de piora seguidos de estabilização, e, em outras (p. ex., síndrome de San Phillippo), ocorre piora progressiva da função intelectual. Depois da primeira infância, o transtorno costuma perdurar por toda a vida, ainda que os níveis de gravidade possam mudar ao longo do tempo. O curso pode ser influenciado por condições médicas ou genéticas subjacentes e por condições comórbidas (p. ex., deficiências auditivas ou visuais, epilepsia). Intervenções precoces e continuadas podem melhorar o funcionamento adaptativo na infância e na vida adulta. Em alguns casos, ocorre melhora significativa da função intelectual, até tornando o diagnóstico de deficiência intelectual não mais apropriado. Desse modo, é prática comum ao avaliar bebês e crianças pequenas postergar o diagnóstico de deficiência intelectual para até depois de um curso apropriado de intervenção ter sido proporcionado. Em crianças mais velhas e adultos, o nível de apoio oferecido é capaz de possibilitar a completa participação em todas as atividades cotidianas e melhora na função adaptativa. As avaliações diagnósticas devem determinar se uma melhora nas habilidades de adaptação é resultado da aquisição de uma nova habilidade estável e generalizada (caso em que o diagnóstico de deficiência intelectual pode não ser mais apropriado) ou contingência da presença de apoios e intervenções ininterruptas (caso em que o diagnóstico de deficiência intelectual pode ainda ser apropriado).

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Etiologias pré-natais incluem síndromes genéticas (p. ex., variações na sequência ou variações no número de cópias envolvendo um ou mais genes; problemas cromossômicos), erros inatos do metabolismo, malformações encefálicas, doença materna (inclusive doença placentária) e influências ambientais (p. ex., álcool, outras drogas, toxinas, teratógenos). Causas perinatais incluem uma gama de eventos no trabalho de parto e no nascimento que levam a encefalopatia neonatal. Causas pós-natais incluem lesão isquêmica hipóxica, lesão cerebral traumática, infecções, doenças desmielinizantes, doenças convulsivas (p. ex., espasmos infantis), privação social grave e crônica, síndromes metabólicas tóxicas e intoxicações (p. ex., chumbo, mercúrio).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A deficiência intelectual ocorre em todas as raças e culturas. Sensibilidade e conhecimento culturais são necessários durante a avaliação, devendo ser considerados antecedentes étnicos, culturais e linguísticos individuais, experiências disponíveis e funcionamento adaptativo na comunidade e no cenário cultural individuais.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino, em geral, têm mais propensão do que os do sexo feminino para receber diagnóstico de formas moderadas (razão média masculino/feminino 1,6:1) e graves (razão média masculino/feminino 1,2:1) de deficiência intelectual. As proporções de gênero, todavia, variam muito em estudos relatados. Fatores genéticos associados ao sexo e vulnerabilidade do sexo masculino a lesões no cérebro podem responder por algumas diferenças de gênero.

Marcadores Diagnósticos

Uma avaliação abrangente inclui avaliação da capacidade intelectual e do funcionamento adaptativo; identificação de etiologias genéticas e não genéticas; avaliação da existência ou não de condições médicas associadas (p. ex., paralisia cerebral, epilepsia), e avaliação de transtornos mentais, emocionais e comportamentais comórbidos. Os componentes da avaliação podem incluir história médica pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por *microarray* e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de deficiência intelectual deve ser feito sempre que atendidos os Critérios A, B e C. O diagnóstico de deficiência intelectual jamais deve ser pressuposto em razão de determinada condição genética ou médica. Uma síndrome genética associada à deficiência intelectual deve ser registrada como um diagnóstico concorrente com a deficiência intelectual.

Transtornos neurocognitivos maiores e leves. A deficiência intelectual é definida como um transtorno do neurodesenvolvimento e é diferente dos transtornos neurocognitivos, que se caracterizam por perda do funcionamento cognitivo. Um transtorno neurocognitivo maior pode ocorrer concomitantemente com deficiência intelectual (p. ex., pessoa com síndrome de Down que desenvolve doença de Alzheimer ou pessoa com deficiência intelectual que perde um pouco mais a capacidade cognitiva após um traumatismo encefálico). Em casos assim, podem ser feitos diagnósticos de deficiência intelectual e transtorno neurocognitivo.

Transtornos da comunicação e transtorno específico da aprendizagem. Esses transtornos do neurodesenvolvimento são específicos do domínio da comunicação e da aprendizagem, não exibindo déficits no comportamento intelectual e adaptativo. Podem ser comórbidos com deficiência intelectual. Ambos os diagnósticos são feitos se a totalidade dos critérios para deficiência intelectual e para transtorno da comunicação ou específico da aprendizagem for preenchida.

Transtorno do espectro autista. A deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits sociocomunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância.

Comorbidade

A ocorrência concomitante de condições mentais, do neurodesenvolvimento, médicas e físicas é frequente na deficiência intelectual, com taxas de algumas condições (p. ex., transtornos mentais, paralisia cerebral e epilepsia) 3 a 4 vezes mais altas que na população em geral. O prognóstico e o resultado de diagnósticos comórbidos podem ser influenciados pela presença da deficiência intelectual. Os procedimentos de avaliação podem demandar mudanças em função dos transtornos associados, tais como transtornos da comunicação, transtorno do espectro autista e transtornos motores, sensoriais e outros. Informantes são essenciais para a identificação de sintomas como irritabilidade, desregulação do humor, agressividade, problemas alimentares e problemas do sono, bem como para a avaliação da função adaptativa em locais variados na comunidade.

Os transtornos mentais e do neurodesenvolvimento comórbidos mais comuns são transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos depressivo e bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno do movimento estereotipado (com ou sem comportamento autolesivo), transtornos do controle de impulsos e transtorno neurocognitivo maior. Um transtorno depressivo maior pode ocorrer nos diferentes níveis de gravidade da deficiência intelectual. Comportamento autolesivo requer imediata atenção diagnóstica, podendo gerar um diagnóstico separado de transtorno do movimento estereotipado. Indivíduos com deficiência intelectual, em especial os com uma deficiência mais grave, podem também evidenciar agressividade e comportamentos disruptivos, inclusive causando danos a outros ou destruindo propriedades.

Relação com Outras Classificações

A CID-11 (em desenvolvimento à época desta publicação) utiliza o termo *transtornos do desenvolvimento intelectual* para indicar que se está falando de transtornos que envolvem função cerebral prejudicada precocemente na vida. Esses transtornos estão descritos na CID-11 como uma metassíndrome que ocorre no período do desenvolvimento análoga à demência ou ao transtorno neurocognitivo em fases posteriores da vida. Existem quatro subtipos na CID-11: leve, moderado, grave e profundo.

A American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) também usa o termo *deficiência intelectual*, com o mesmo sentido do termo empregado neste Manual. A classificação da AAIDD é mais multidimensional que categórica, baseada no construto da incapacidade. Mais do que listar especificadores, como está sendo feito no DSM-5, a AAIDD salienta um perfil de apoio com base na gravidade.

Atraso Global do Desenvolvimento

315.8 (F88)

Este diagnóstico está reservado a indivíduos *com menos* de 5 anos de idade, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado de modo confiável durante a primeira infância. Esta categoria é diagnosticada quando um indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas da função intelectual, sendo aplicada a pessoas que não são capazes de passar por avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. É uma categoria que requer reavaliações após um período de tempo.

Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) Não Especificada

319 (F79)

Esta categoria está reservada a pessoas *com mais* de 5 anos de idade, quando a investigação do grau de deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), por meio de procedimentos disponíveis localmente, fica difícil ou impossível devido a prejuízos sensoriais ou físicos associados, como na cegueira ou na surdez pré-linguística, na deficiência locomotora ou na presença de comportamentos problemáticos graves ou nos casos de comorbidade com transtorno mental. É uma categoria que somente deve ser usada em circunstâncias excepcionais e que requer reavaliações após um período de tempo.

Transtornos da Comunicação

Os transtornos da comunicação incluem déficits na linguagem, na fala e na comunicação. *Fala* é a produção expressiva de sons e inclui a articulação, a fluência, a voz e a qualidade da ressonância de um indivíduo. *Linguagem* inclui a forma, a função e o uso de um sistema convencional de símbolos (i.e., palavras faladas, linguagem de sinais, palavras escritas, figuras), com um conjunto de regras para a comunicação. *Comunicação* inclui todo comportamento verbal e não verbal (intencional ou não) que influencia o comportamento, as ideias ou as atitudes de outro indivíduo. A investigação das capacidades de fala, linguagem e comunicação deve levar em consideração o contexto cultural e linguístico do indivíduo, em especial para aqueles que crescem em ambientes bilíngues. As medidas padronizadas de desenvolvimento da linguagem e da capacidade intelectual não verbal devem ser relevantes para o grupo cultural e linguístico (i.e., testes desenvolvidos e padronizados para um grupo podem não oferecer normas apropriadas para outro). A categoria diagnóstica dos transtornos da comunicação inclui o seguinte: transtorno da linguagem, transtorno da fala, transtorno da fluência com início na infância (gagueira), transtorno da comunicação social (pragmática) e outro transtorno da comunicação especificado e não especificado.

Transtorno da Linguagem

Critérios Diagnósticos **315.32 (F80.2)**

A. Dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades (i.e., falada, escrita, linguagem de sinais ou outra) devido a déficits na compreensão ou na produção, inclusive:
   1. Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras).
   2. Estrutura limitada de frases (capacidade de unir palavras e terminações de palavras de modo a formar frases, com base nas regras gramaticais e morfológicas).
   3. Prejuízos no discurso (capacidade de usar vocabulário e unir frases para explicar ou descrever um tópico ou uma série de eventos, ou ter uma conversa).

B. As capacidades linguísticas estão, de forma substancial e quantificável, abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.

C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.

D. As dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outro prejuízo sensorial, a disfunção motora ou a outra condição médica ou neurológica, não sendo mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento.

Características Diagnósticas

As características diagnósticas centrais do transtorno da linguagem incluem dificuldades na aquisição e no uso da linguagem por déficits na compreensão ou na produção de vocabulário, na estrutura das frases e no discurso. Esses déficits linguísticos ficam evidentes na comunicação falada, escrita ou na linguagem de sinais. A aprendizagem e o uso da linguagem dependem de habilidades receptivas e expressivas. *Capacidade expressiva* refere-se à produção de sinais vocálicos, gestuais ou verbais, enquanto *capacidade receptiva* refere-se ao processo de receber e compreender mensagens linguísticas. As habilidades linguísticas precisam ser investigadas nas modalidades expressiva e receptiva, uma vez que podem diferir quanto à gravidade. Por exemplo, a linguagem expressiva de um indivíduo pode estar gravemente prejudicada, ao passo que a receptiva pode não apresentar nenhum prejuízo.

O transtorno da linguagem costuma afetar vocabulário e gramática, e esses efeitos passam a limitar a capacidade para o discurso. As primeiras palavras e expressões da criança possivelmente surgem com atraso; o tamanho do vocabulário é menor e menos variado do que o esperado, e as frases são mais curtas e menos complexas, com erros gramaticais, em especial as que descrevem o passado. Déficits na compreensão da linguagem costumam ser subestimados, uma vez que as crianças podem se sair bem em utilizar contexto para inferir sentido. Pode haver problemas para encontrar palavras, definições verbais pobres ou compreensão insatisfatória de sinônimos, múltiplos significados ou jogo de palavras apropriado à idade e à cultura. Problemas para recordar palavras e frases novas ficam evidentes por dificuldades em seguir instruções com mais palavras, dificuldades para ensaiar encadeamentos de informações verbais (p. ex., recordar um número de telefone ou uma lista de compras) e dificuldades para lembrar sequências sonoras novas, uma habilidade que pode ser importante para o aprendizado de palavras novas. As dificuldades com o discurso são evidenciadas pela redução da capacidade de fornecer informações adequadas sobre eventos importantes e de narrar uma história coerente.

A dificuldade na linguagem fica clara por capacidades que de forma substancial e quantificável estão aquém do esperado para a idade, interferindo, de forma significativa, no sucesso acadêmico, no desempenho profissional, na comunicação eficaz ou na socialização (Critério B). Um diagnóstico de transtorno da linguagem pode ser feito com base na síntese da história do indivíduo, na observação clínica direta em contextos variados (i.e., casa, escola ou trabalho) e em escores de testes padronizados de capacidade linguística, que podem ser empregados para orientar estimativas da gravidade.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

História familiar positiva para transtornos da linguagem costuma estar presente. As pessoas, inclusive as crianças, podem optar por uma acomodação a seus limites linguísticos. Podem parecer tímidas ou reticentes em falar. Os indivíduos afetados podem preferir comunicar-se somente com membros da família ou com outras pessoas conhecidas. Ainda que tais indicadores sociais não diagnostiquem um transtorno da linguagem, se perceptíveis e persistentes, justificam encaminhamento para uma avaliação completa da linguagem. O transtorno da linguagem, em particular as deficiências expressivas, pode ser comórbido com transtorno da fala.

Desenvolvimento e Curso

A aquisição da linguagem é marcada por mudanças que se iniciam na infância e vão até o nível adulto de competência, que surge na adolescência. Elas aparecem nas dimensões de linguagem (sons, palavras, gramática, narrativas/textos expositivos e habilidades de conversação), em incrementos e sincronias em graus relativos à idade. O transtorno da linguagem surge durante o início do período do desenvolvimento; há, porém, variação considerável no início da aquisição vocabular e no início das combinações de palavras, e as diferenças individuais não são, como indicadores únicos, muito preditivos de resultados posteriores. Por volta dos 4 anos de idade, as diferenças individuais na capacidade linguística ficam mais estáveis, com melhor precisão na mensuração, sendo muito preditivas em relação a resultados posteriores. Um transtorno da linguagem diagnosticado a partir de 4 anos de idade pode ficar estável com o tempo, tipicamente persistindo na vida adulta, ainda que o perfil particular dos pontos fortes e fracos em termos linguísticos possivelmente mude ao longo do desenvolvimento.

Fatores de Risco e Prognóstico

Crianças com prejuízos na linguagem receptiva têm pior prognóstico que aquelas em que predominam prejuízos expressivos. São mais resistentes ao tratamento, e dificuldades de compreensão da leitura são frequentemente observadas.

Genéticos e fisiológicos. Os transtornos da linguagem são altamente herdáveis, e membros da família têm maior propensão a apresentar história de prejuízo na linguagem.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na linguagem. O transtorno da linguagem deve ser diferenciado das variações normais do desenvolvimento, distinção esta que pode ser difícil antes dos 4 anos de idade. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da linguagem (p. ex., dialetos) devem ser consideradas quando a pessoa está sendo avaliada para prejuízo da linguagem.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Deficiência auditiva deve ser excluída como a principal causa das dificuldades linguísticas. Os déficits de linguagem podem estar associados a deficiência auditiva, a outro déficit sensorial ou a déficit motor da fala. Quando as deficiências linguísticas excedem as habitualmente associadas a esses problemas, um diagnóstico de transtorno da linguagem pode ser feito.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Atraso na linguagem costuma ser a forma como se apresenta uma deficiência intelectual, e o diagnóstico definitivo só pode ser dado quando a criança puder realizar avaliações padronizadas. Um diagnóstico separado só é dado quando os déficits linguísticos claramente excedem as limitações intelectuais.

Distúrbios neurológicos. Transtorno da linguagem pode ser adquirido associado a doenças neurológicas, inclusive epilepsia (p. ex., afasia adquirida, ou síndrome de Landau-Kleffner).

Regressão da linguagem. Perda da fala e da linguagem em criança com menos de 3 anos de idade pode sinalizar transtorno do espectro autista (com regressão do desenvolvimento) ou uma condição neurológica específica, como a síndrome de Landau-Kleffner. Entre crianças com mais de 3 anos, a perda da linguagem pode ser sintoma de convulsões, havendo necessidade de avaliação diagnóstica que exclua presença de epilepsia (p. ex., eletrencefalograma de rotina e em sono).

Comorbidade

O transtorno da linguagem está fortemente associado a outros transtornos do neurodesenvolvimento em termos de transtorno específico da aprendizagem (leitura, escrita e aritmética), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da coordenação. Está, ainda, associado a transtorno da comunicação social (pragmática). História familiar positiva de transtornos da fala e da linguagem costuma estar presente.

Transtorno da Fala

Critérios Diagnósticos **315.39 (F80.0)**

A. Dificuldade persistente para produção da fala que interfere na inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal de mensagens.
B. A perturbação causa limitações na comunicação eficaz, que interferem na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.
C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.
D. As dificuldades não são atribuíveis a condições congênitas ou adquiridas, como paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda auditiva, lesão cerebral traumática ou outras condições médicas ou neurológicas.

Características Diagnósticas

A produção da fala descreve a articulação clara de fonemas (i.e., sons individuais), que, combinados, formam as palavras faladas. Essa produção exige tanto o conhecimento fonológico dos sons da fala quanto a capacidade de coordenar os movimentos dos articuladores (i.e., mandíbula, língua e lábios) com a respiração e a vocalização para a fala. Crianças com dificuldades para produzir a fala podem apresentar dificuldade no reconhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar os movimentos para falar, nos mais variados graus. O transtorno da fala é, desse modo, heterogêneo em seus mecanismos subjacentes, incluindo transtorno fonológico e transtorno da articulação. Um transtorno da fala é diagnosticado quando a produção da fala não ocorre como esperado, de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, e quando as deficiências não são consequências de prejuízo físico, estrutural, neurológico ou auditivo. Entre crianças com desenvolvimento típico, aos 4 anos de idade a fala geral deve ser inteligível; aos 2 anos, somente 50% pode ser passível de compreensão.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno da linguagem, em especial os déficits expressivos, pode ser encontrado comórbido com transtorno da fala. História familiar positiva de transtornos da fala ou da linguagem costuma estar presente.

Se a capacidade de coordenar os articuladores com rapidez constitui um aspecto particular da dificuldade, pode existir história de atraso ou descoordenação na aquisição das habilidades que também utilizam os articuladores e a musculatura facial relacionada; essas habilidades incluem, entre outras, mastigação, manutenção do fechamento da boca e ato de assoar o nariz. Outras áreas da coordenação motora podem estar prejudicadas, como no transtorno do desenvolvimento da coordenação. *Dispraxia verbal* é um termo também usado para problemas de produção da fala.

A fala pode estar prejudicada em algumas condições genéticas (p. ex., síndrome de Down, deleção 22q, mutação do gene *FoxP2*). Quando presentes, estas também devem ser codificadas.

Desenvolvimento e Curso

Aprender a produzir sons da fala de maneira clara e precisa e aprender a produzir fala fluente conectada são habilidades do desenvolvimento. A articulação da fala segue um padrão ao longo do desenvol-

vimento, o qual se reflete nas normas etárias dos testes padronizados. Não raro, crianças com desenvolvimento normal encurtam palavras e sílabas ao aprenderem a falar, mas sua progressão no domínio da produção da fala deve resultar em discurso predominantemente inteligível por volta dos 3 anos de idade. Crianças com transtorno da fala continuam a empregar processos imaturos de simplificação fonológica além da idade, quando a maior parte das crianças consegue produzir sons com clareza.

A maior parte dos sons da fala deve ser produzida de maneira clara, e a maioria das palavras, pronunciada com precisão, conforme a idade e as normas da comunidade, por volta dos 7 anos de idade. Os sons que com mais frequência são mal articulados também tendem a ser aprendidos mais tarde, o que os leva a receber o nome de "os oito atrasados" (*l, r, s, z, th, ch, dzh* e *zh*) na língua inglesa. A articulação errada de qualquer um desses sons por si só pode ser considerada dentro de limites normais até os 8 anos. Quando múltiplos sons estão envolvidos, pode ser adequado enfocar alguns como parte de um plano para melhorar a inteligibilidade antes da idade em que quase todas as crianças conseguem produzi-los com precisão. O ceceio (i.e., a má articulação das sibilantes) é especialmente comum e pode envolver padrões frontais ou laterais da direção da corrente de ar. Pode estar associado a um padrão anormal de projeção lingual na deglutição.

A maior parte das crianças com transtorno da fala responde bem ao tratamento, e as dificuldades de fala melhoram com o tempo; assim, o transtorno pode não ser persistente. Quando, no entanto, um transtorno da linguagem também está presente, o transtorno da fala tem pior prognóstico, podendo estar associado a transtornos específicos da aprendizagem.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na fala. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da fala devem ser consideradas antes que seja feito o diagnóstico.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Deficiência auditiva ou surdez podem resultar em anormalidades da fala. Déficits na produção da fala podem estar associados a deficiência auditiva, a outra deficiência sensorial ou a déficit motor da fala. Quando déficits da fala ultrapassam os que costumam estar associados a esses problemas, um diagnóstico de transtorno da fala pode ser feito.

Déficits estruturais. Problemas da fala podem ser ocasionados por déficits estruturais (p. ex., fenda palatina).

Disartria. Problemas da fala podem ser atribuídos a um problema motor, como a paralisia cerebral. Sinais neurológicos, bem como características distintivas de voz, diferenciam a disartria do transtorno da fala, ainda que em crianças pequenas (menos de 3 anos) a distinção possa ser difícil, em especial quando não existe comprometimento motor corporal geral ou quando existe em pequeno grau (como, p. ex., na síndrome de Worster-Drought).

Mutismo seletivo. Uso limitado da fala pode ser um sinal de mutismo seletivo, um transtorno de ansiedade caracterizado por ausência da fala em um ou mais contextos ou cenários. O mutismo seletivo pode aparecer em crianças com algum transtorno da fala devido ao constrangimento causado por suas limitações. Muitas crianças com mutismo seletivo, todavia, apresentam fala normal em locais "seguros", como em casa ou junto dos amigos mais próximos.

Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)

Critérios Diagnósticos **315.35 (F80.81)**

A. Perturbações na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriadas para a idade e para as habilidades linguísticas do indivíduo persistentes e caracterizadas por ocorrências frequentes e marcantes de um (ou mais) entre os seguintes:
   1. Repetições de som e sílabas.

2. Prolongamentos sonoros das consoantes e das vogais.
3. Palavras interrompidas (p. ex., pausas em uma palavra).
4. Bloqueio audível ou silencioso (pausas preenchidas ou não preenchidas na fala).
5. Circunlocuções (substituições de palavras para evitar palavras problemáticas).
6. Palavras produzidas com excesso de tensão física.
7. Repetições de palavras monossilábicas (p. ex., "Eu-eu-eu-eu vejo").

B. A perturbação causa ansiedade em relação à fala ou limitações na comunicação efetiva, na participação social ou no desempenho acadêmico ou profissional, individualmente ou em qualquer combinação.

C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento. (**Nota:** Casos de início tardio são diagnosticados como 307.0 [F98.5] transtorno da fluência com início na idade adulta.)

D. A perturbação não é passível de ser atribuída a um déficit motor da fala ou sensorial, a disfluência associada a lesão neurológica (p. ex., acidente vascular cerebral, tumor, trauma) ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da fluência com início na infância (gagueira) é uma perturbação na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriada à idade do indivíduo. Essa perturbação caracteriza-se por repetições frequentes ou prolongamentos de sons ou sílabas e por outros tipos de disfluências da fala, incluindo palavras interrompidas (p. ex., pausas no meio de uma palavra), bloqueio audível ou silencioso (i.e., pausas preenchidas ou não preenchidas na fala), circunlocuções (i.e., substituições de palavras para evitar palavras problemáticas), palavras produzidas com excesso de tensão física e repetições de palavras monossilábicas (p. ex., "Eu-eu-eu-eu vejo"). A perturbação na fluência interfere no sucesso acadêmico ou profissional ou na comunicação social. A gravidade da perturbação varia conforme a situação e costuma ser mais grave quando há pressão especial para se comunicar (p. ex., apresentar um trabalho na escola, entrevista para emprego). A disfluência está frequentemente ausente durante a leitura oral, o ato de cantar ou conversar com objetos inanimados ou animais de estimação.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Pode surgir um temor antecipatório do problema. O falante pode tentar evitar disfluências por meio de mecanismos linguísticos (p. ex., alterando a velocidade da fala, evitando algumas palavras ou sons) ou por esquiva de determinadas situações de discurso, como telefonar ou falar em público. Além de constituírem características da condição, estresse e ansiedade aparecem como elementos que exacerbam a disfluência.

O transtorno da fluência com início na infância pode ser também acompanhado por movimentos motores (p. ex., piscar de olhos, tiques, tremores labiais ou faciais, movimentos descontrolados da cabeça, movimentos respiratórios, mãos em punho). Crianças com esse transtorno apresentam capacidades linguísticas variáveis, e a relação entre o transtorno da fluência e as capacidades linguísticas ainda não está clara.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da fluência com início na infância, ou gagueira do desenvolvimento, ocorre até os 6 anos de idade para 80 a 90% dos indivíduos afetados, com a idade de início variando dos 2 aos 7 anos. O início pode ser insidioso ou mais repentino. Normalmente, as disfluências têm início gradativo, com repetição das consoantes iniciais, das primeiras palavras de uma frase ou de palavras longas. A criança pode não perceber as disfluências. Com a progressão, elas ficam mais frequentes e causam interferência, ocorrendo nas palavras ou frases mais significativas dos enunciados. À medida que a criança percebe a dificuldade da fala, pode desenvolver mecanismos de esquiva das disfluências e reações emocionais, incluindo esquiva de falar em público e uso de enunciados curtos e simples. Pesquisas longitudinais mostram que 65 a 85% das crianças

recuperam-se da disfluência, com a gravidade desse transtorno aos 8 anos sendo um preditor de recuperação ou persistência na adolescência ou após.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de gagueira entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno da fluência com início na infância é mais de três vezes maior do que o risco na população em geral.

Consequências Funcionais do Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)

Além de serem características da condição, o estresse e a ansiedade podem exacerbar a disfluência. Prejuízo no funcionamento social pode ser uma consequência dessa ansiedade.

Diagnóstico Diferencial

Déficits sensoriais. Disfluências da fala podem estar associadas a deficiência auditiva ou a outro déficit sensorial ou motor da fala. Quando as disfluências da fala excedem as comumente associadas a esses problemas, pode ser feito um diagnóstico de transtorno da fluência com início na infância.

Disfluências normais da fala O transtorno deve ser diferenciado das disfluências normais que ocorrem frequentemente em crianças pequenas, incluindo repetições de palavras ou expressões inteiras (p. ex., "Quero, quero sorvete"), frases incompletas, interjeições, pausas silenciosas e comentários parentéticos. Se essas dificuldades aumentam em frequência ou complexidade durante o crescimento da criança, é adequado um diagnóstico de transtorno da fluência com início na infância.

Efeitos colaterais de medicamentos. A gagueira pode ocorrer como um efeito colateral de medicamentos, podendo ser detectada por uma relação temporal com a exposição à medicação.

Disfluências com início na idade adulta. Quando o aparecimento das disfluências se dá durante ou após a adolescência, trata-se mais de uma "disfluência com início na idade adulta" do que um transtorno do neurodesenvolvimento. Disfluências com início na idade adulta estão associadas a lesões neurológicas específicas e a uma variedade de condições médicas e transtornos mentais, podendo ser especificadas com eles, ainda que não constituam um diagnóstico do DSM-5.

Transtorno de Tourette. Tiques vocais e vocalizações repetitivas do transtorno de Tourette devem ser passíveis de distinção dos sons repetitivos do transtorno da fluência com início na infância por sua natureza e momento do aparecimento.

Transtorno da Comunicação Social (Pragmática)

Critérios Diagnósticos **315.39 (F80.89)**

A. Dificuldades persistentes no uso social da comunicação verbal e não verbal como manifestado por todos os elementos a seguir:
   1. Déficits no uso da comunicação com fins sociais, como em saudações e compartilhamento de informações, de forma adequada ao contexto social.
   2. Prejuízo da capacidade de adaptar a comunicação para se adequar ao contexto ou às necessidades do ouvinte, tal como falar de forma diferente em uma sala de aula do que em uma pracinha, falar de forma diferente a uma criança do que a um adulto e evitar o uso de linguagem excessivamente formal.
   3. Dificuldades de seguir regras para conversar e contar histórias, tais como aguardar a vez, reconstituir o que foi dito quando não entendido e saber como usar sinais verbais e não verbais para regular a interação.

4. Dificuldades para compreender o que não é dito de forma explícita (p. ex., fazer inferências) e sentidos não literais ou ambíguos da linguagem (p. ex., expressões idiomáticas, humor, metáforas, múltiplos significados que dependem do contexto para interpretação).

B. Os déficits resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, nas relações sociais, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em combinação.

C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período inicial do desenvolvimento (embora os déficits possam não se tornar plenamente manifestos até que as demandas de comunicação social excedam as capacidades limitadas).

D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou neurológica ou a baixas capacidades nos domínios da estrutura da palavra e da gramática, não sendo mais bem explicados por transtorno do espectro autista, deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), atraso global do desenvolvimento ou outro transtorno mental.

Características Diagnósticas

O transtorno da comunicação social (pragmática) caracteriza-se por uma dificuldade primária com a pragmática, ou o uso social da linguagem e da comunicação, conforme evidenciado por déficits em compreender e seguir regras sociais de comunicação verbal e não verbal em contextos naturais, adaptar a linguagem conforme as necessidades do ouvinte ou da situação e seguir as regras para conversar e contar histórias. Déficits na comunicação social resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no desenvolvimento de relações sociais, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional. Esses déficits não são mais bem explicados por baixas capacidades nos domínios da linguagem estrutural ou capacidade cognitiva.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A característica associada mais comum do transtorno da comunicação social (pragmática) é o comprometimento na linguagem, caracterizado por história de atraso na aquisição dos marcos linguísticos, bem como uma história prévia, se não atual, de problemas na linguagem estrutural (ver "Transtorno da Linguagem", no começo deste capítulo). Indivíduos com déficits na comunicação social podem evitar as interações sociais. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), problemas comportamentais e transtornos específicos da aprendizagem são também mais comuns entre pessoas afetadas.

Desenvolvimento e Curso

Uma vez que a comunicação social (pragmática) depende de um progresso adequado do desenvolvimento da fala e da linguagem, o diagnóstico de transtorno da comunicação social (pragmática) é raro entre crianças com menos de 4 anos de idade. Por volta dos 4 ou 5 anos, a maioria das crianças deve apresentar capacidades de fala e linguagem suficientes para permitir a identificação de déficits específicos na comunicação social. Formas mais moderadas do transtorno podem não ficar aparentes antes do início da adolescência, quando a linguagem e as interações sociais ficam mais complexas.

A evolução do transtorno da comunicação social (pragmática) é variável, com algumas crianças apresentando melhoras substanciais com o tempo e outras mantendo dificuldades até a idade adulta. Mesmo entre os que têm melhoras significativas, os primeiros déficits na pragmática podem causar prejuízos duradouros nas relações sociais e no comportamento, bem como na aquisição de outras habilidades relacionadas, como a expressão escrita.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. História familiar de transtorno do espectro autista, transtornos da comunicação ou transtorno específico da aprendizagem parece aumentar o risco de transtorno da comunicação social (pragmática).

Diagnóstico Diferencial

Transtorno do espectro autista. O transtorno do espectro autista é a consideração diagnóstica primária para indivíduos que apresentam déficits na comunicação social. Os dois transtornos podem ser diferenciados pela presença, no transtorno do espectro autista, de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e pela ausência deles no transtorno da comunicação social (pragmática). Indivíduos com transtorno do espectro autista podem apresentar os padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses e atividades apenas durante o período inicial do desenvolvimento, tornando necessária a obtenção de uma história completa. Ausência atual de sintomas não excluiria um diagnóstico de transtorno do espectro autista se os interesses restritos e os comportamentos repetitivos estivessem presentes no passado. Um diagnóstico de transtorno da comunicação social (pragmática) deve ser considerado tão somente quando a história do desenvolvimento não revelar nenhuma evidência de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Déficits primários do TDAH podem causar prejuízos na comunicação social e limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social ou no sucesso acadêmico.

Transtorno de ansiedade social (fobia social). Os sintomas do transtorno da comunicação social sobrepõem-se aos do transtorno de ansiedade social. A característica que os distingue é o momento de início dos sintomas. No transtorno da comunicação social (pragmática), o indivíduo nunca teve uma comunicação social efetiva; no transtorno de ansiedade social, as habilidades de comunicação social desenvolveram-se de forma correta, mas não são utilizadas devido a ansiedade, medo ou sofrimento acerca de interações sociais.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) e atraso global do desenvolvimento. As habilidades de comunicação social podem ser deficientes entre indivíduos com atraso global do desenvolvimento ou deficiência intelectual, mas um diagnóstico separado não é realizado a menos que os déficits de comunicação social estejam claramente excedendo as limitações intelectuais.

Transtorno da Comunicação Não Especificado

307.9 (F80.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno da comunicação que causam sofrimento clínicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno da comunicação ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno da comunicação não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para transtorno da comunicação ou para algum transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui as apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Transtorno do Espectro Autista

Transtorno do Espectro Autista

Critérios Diagnósticos **299.00 (F84.0)**

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
   1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
   2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
   3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

   Especificar a gravidade atual:

   A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2).

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
   1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
   2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
   3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
   4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

   Especificar a gravidade atual:

   A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento (ver Tabela 2).

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbi-

dade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Especificar se:

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante

Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante

Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental (**Nota para codificação:** Usar código adicional para identificar a condição médica ou genética associada.)

Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental (**Nota para codificação:** Usar código[s] adicional[is] para identificar o[s] transtorno[s] do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental associado[s].)

Com catatonia (consultar os critérios para definição de catatonia associados a outro transtorno mental, p. 119-120) (**Nota para codificação:** usar o código adicional 293.89 [F06.1] de catatonia associada a transtorno do espectro autista para indicar a presença de catatonia comórbida.)

Procedimentos para Registro

No caso de transtorno do espectro autista associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental ou a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental, registrar o transtorno do espectro autista associado a (nome da condição, do transtorno ou do fator) (p. ex., transtorno do espectro autista associado à síndrome de Rett). A gravidade deve ser registrada como nível de apoio necessário a cada um dos dois domínios psicopatológicos da Tabela 2 (p. ex., "exigindo apoio muito substancial para déficits na comunicação social e exigindo apoio substancial para comportamentos restritos e repetitivos"). A especificação de "com comprometimento intelectual concomitante" ou "sem comprometimento intelectual concomitante" deve ser registrada em seguida. A especificação de comprometimento da linguagem deve ser registrada em seguida. Havendo comprometimento da linguagem concomitante, o nível atual do funcionamento verbal deve ser registrado (p. ex., "com comprometimento da linguagem concomitante – sem fala inteligível" ou "com comprometimento da linguagem concomitante – fala telegráfica"). Na presença de catatonia, registrar em separado "catatonia associada a transtorno do espectro autista".

Especificadores

Os especificadores de gravidade (Tabela 2) podem ser usados para descrever, de maneira sucinta, a sintomatologia atual (que pode situar-se aquém do nível 1), com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo. A gravidade de dificuldades de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos deve ser classificada em separado. As categorias descritivas de gravidade não devem ser usadas para determinar a escolha e a provisão de serviços; isso somente pode ser definido de forma individual e mediante a discussão de prioridades e metas pessoais.

Em relação ao especificador "com ou sem comprometimento intelectual concomitante", há necessidade de compreender o perfil intelectual (frequentemente irregular) de uma criança ou um adulto com transtorno do espectro autista para interpretar as características diagnósticas. São necessárias estimativas separadas das habilidades verbal e não verbal (p. ex., uso de testes não verbais sem cronometragem para avaliar potenciais pontos fortes em indivíduos com linguagem limitada).

Para usar o especificador "com ou sem comprometimento da linguagem concomitante", o nível atual de funcionamento verbal deve ser avaliado e descrito. Exemplos das descrições específicas de "com comprometimento da linguagem concomitante" podem incluir ausência de fala inteligível (não verbal), apenas palavras isoladas ou fala telegráfica. O nível linguístico em pessoas

TABELA 2 Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 "Exigindo apoio substancial"	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 "Exigindo apoio"	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

"sem comprometimento da linguagem concomitante" pode ser descrito adicionalmente por fala em frases completas ou apresenta fala fluente. Uma vez que a linguagem receptiva pode se mostrar mais atrasada do que o desenvolvimento da linguagem expressiva, no transtorno do espectro autista as habilidades de linguagem receptiva e expressiva devem ser consideradas em separado.

O especificador "associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental" deve ser usado quando a pessoa tem alguma doença genética conhecida (p. ex., síndrome de Rett, síndrome do X-frágil, síndrome de Down), condição médica (p. ex., epilepsia) ou história de exposição ambiental (p. ex., ácido valproico, síndrome do álcool fetal, muito baixo peso ao nascer).

Outras condições do neurodesenvolvimento, mentais ou comportamentais também devem ser observadas (p. ex., transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; transtorno do desenvolvimento da coordenação; transtornos do comportamento disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta; transtornos de ansiedade, depressivo ou bipolar; transtorno de tique ou de Tourette; autolesão; alimentares, da eliminação ou do sono).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo *espectro*. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A são pervasivos e sustentados. Os diagnósticos são mais válidos e confiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo observações do clínico, história do cuidador e, quando possível, autorrelato. Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas, dependendo da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual. Muitos indivíduos têm déficits de linguagem, as quais variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada. Mesmo quando habilidades linguísticas formais (p. ex., vocabulário, gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca está prejudicado no transtorno do espectro autista.

Déficits na reciprocidade socioemocional (i.e., capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos) estão claramente evidentes em crianças pequenas com o transtorno, que podem apresentar pequena ou nenhuma capacidade de iniciar interações sociais e de compartilhar emoções, além de imitação reduzida ou ausente do comportamento de outros. Havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar. Nos adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer mais em dificuldades de processamento e resposta a pistas sociais complexas (p. ex., quando e como entrar em uma conversa, o que não dizer). Adultos que desenvolveram estratégias compensatórias para alguns desafios sociais ainda enfrentam dificuldades em situações novas ou sem apoio, sofrendo com o esforço e a ansiedade para, de forma consciente, calcular o que é socialmente intuitivo para a maioria dos indivíduos.

Déficits em comportamentos de comunicação não verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual (relativo a normas culturais), gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala. Um aspecto precoce do

transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, conforme manifestado por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas. Os indivíduos podem aprender alguns poucos gestos funcionais, mas seu repertório é menor do que o de outros e costumam fracassar no uso de gestos expressivos com espontaneidade na comunicação. Entre adultos com linguagem fluente, a dificuldade para coordenar a comunicação não verbal com a fala pode passar a impressão de "linguagem corporal" estranha, rígida ou exagerada durante as interações. O prejuízo pode ser relativamente sutil em áreas individuais (p. ex., alguém pode ter contato visual relativamente bom ao falar), mas perceptível na integração insatisfatória entre contato visual, gestos, postura corporal, prosódia e expressão facial para a comunicação social.

Déficits para desenvolver, manter e compreender as relações devem ser julgados em relação aos padrões relativos a idade, gênero e cultura. Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas ou disruptivas. Essas dificuldades são particularmente evidentes em crianças pequenas, em quem costuma existir uma falta de jogo social e imaginação compartilhados (p. ex., brincar de fingir de forma flexível e adequada à idade) e, posteriormente, insistência em brincar seguindo regras muito fixas. Indivíduos mais velhos podem relutar para entender qual o comportamento considerado apropriado em uma situação e não em outra (p. ex., comportamento casual durante uma entrevista de emprego) ou as diversas formas de uso da linguagem para a comunicação (p. ex., ironia, mentirinhas). Pode existir aparente preferência por atividades solitárias ou por interações com pessoas muito mais jovens ou mais velhas. Com frequência, há desejo de estabelecer amizades sem uma ideia completa ou realista do que isso significa (p. ex., amizades unilaterais ou baseadas unicamente em interesses especiais compartilhados). Também é importante considerar o relacionamento com irmãos, colegas de trabalho e cuidadores (em termos de reciprocidade).

O transtorno do espectro autista também é definido por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (conforme especificado no Critério B) que mostram uma gama de manifestações de acordo com a idade e a capacidade, intervenções e apoios atuais. Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples (p. ex., abanar as mãos, estalar os dedos), uso repetitivo de objetos (p. ex., girar moedas, enfileirar objetos) e fala repetitiva (p. ex., ecolalia, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, uso de "tu" ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia). Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças (p. ex., sofrimento relativo a mudanças aparentemente pequenas, como embalagem de um alimento favorito; insistência em aderir a regras; rigidez de pensamento) ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., perguntas repetitivas, percorrer um perímetro). Interesses altamente limitados e fixos, no transtorno do espectro autista, tendem a ser anormais em intensidade ou foco (p. ex., criança pequena muito apegada a uma panela; criança preocupada com aspiradores de pó; adulto que gasta horas escrevendo tabelas com horário). Alguns encantamentos e rotinas podem estar relacionados a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, manifestada por meio de respostas extremadas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, aparente indiferença a dor, calor ou frio. Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são comuns, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista.

Muitos adultos com transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual ou linguística aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público. Interesses especiais podem constituir fonte de prazer e motivação, propiciando vias de educação e emprego mais tarde na vida. Os critérios diagnósticos podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que os sintomas não estejam mais presentes.

O Critério D exige que as características devam ocasionar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. O Critério E especifica que os déficits de comunicação social, ainda que algumas vezes acompanhados por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), não estão

alinhados com o nível de desenvolvimento individual e que os prejuízos excedem as dificuldades esperadas com base no nível do desenvolvimento.

Instrumentos padronizados de diagnóstico do comportamento, com boas propriedades psicométricas, incluindo entrevistas com cuidadores, questionários e medidas de observação clínica, estão disponíveis e podem aumentar a confiabilidade do diagnóstico ao longo do tempo e entre clínicos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista também apresentam comprometimento intelectual e/ou da linguagem (p. ex., atraso na fala, compreensão da linguagem aquém da produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta apresentam um perfil irregular de capacidades. A discrepância entre habilidades funcionais adaptativas e intelectuais costuma ser grande. Déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais (p. ex., caminhar na ponta dos pés). Pode ocorrer autolesão (p. ex., bater a cabeça, morder o punho), e comportamentos disruptivos/desafiadores são mais comuns em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista do que em outros transtornos, incluindo deficiência intelectual. Adolescentes e adultos com transtorno do espectro autista são propensos a ansiedade e depressão. Alguns indivíduos desenvolvem comportamento motor semelhante à catatonia (lentificação e "congelamento" em meio a ação), embora isso tipicamente não costume alcançar a magnitude de um episódio catatônico. É possível, porém, que indivíduos com transtorno do espectro autista apresentem deterioração acentuada em sintomas motores e um episódio catatônico completo com sintomas como mutismo, posturas atípicas, trejeitos faciais e flexibilidade cérea. O período de risco de catatonia comórbida parece ser maior nos anos de adolescência.

Prevalência

Em anos recentes, as frequências relatadas de transtorno do espectro autista, nos Estados Unidos e em outros países, alcançaram 1% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Ainda não está claro se taxas mais altas refletem expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV de modo a incluir casos sublimiares, maior conscientização, diferenças na metodologia dos estudos ou aumento real na frequência do transtorno.

Desenvolvimento e Curso

A idade e o padrão de início também devem ser observados para o transtorno do espectro autista. Os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis. A descrição do padrão de início pode incluir informações sobre atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas. Nos casos em que houve perda de habilidades, pais ou cuidadores podem relatar história de deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou nas habilidades linguísticas. Em geral, isso ocorre entre 12 e 24 meses de idade, sendo distinguível dos raros casos de regressão do desenvolvimento que ocorrem após pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal (anteriormente descrito como transtorno desintegrativo da infância).

As características comportamentais do transtorno do espectro autista tornam-se inicialmente evidentes na primeira infância, com alguns casos apresentando falta de interesse em interações sociais no primeiro ano de vida. Algumas crianças com transtorno do espectro autista apresentam platôs ou regressão no desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida. Tais perdas são raras em outros transtornos, podendo ser um sinal de alerta útil para o transtorno do espectro autista. Muito mais incomuns e merecedoras de investigação médica ampla são perdas de habilidades além da comunicação social (p. ex., perda do autocuidado, do controle de esfincteres, de habilidades motoras) ou as que ocorrem após o segundo aniversário (ver também síndrome de Rett, na seção "Diagnóstico Diferencial" para esse transtorno).

Os primeiros sintomas do transtorno do espectro autista frequentemente envolvem atraso no desenvolvimento da linguagem, em geral acompanhado por ausência de interesse social ou interações sociais incomuns (p. ex., puxar as pessoas pela mão sem nenhuma tentativa de olhar para elas) padrões estranhos de brincadeiras (p. ex., carregar brinquedos, mas nunca brincar com eles), e padrões incomuns de comunicação (p. ex., conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome). Um diagnóstico de surdez é geralmente considerado, mas costuma ser descartado. Durante o segundo ano, comportamentos estranhos e repetitivos e ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais evidentes. Uma vez que muitas crianças pequenas com desenvolvimento normal têm fortes preferências e gostam de repetição (p. ex., ingerir os mesmos alimentos, assistir muitas vezes ao mesmo filme), em pré-escolares pode ser difícil distinguir padrões restritos e repetitivos de comportamentos diagnósticos do transtorno do espectro autista. A distinção clínica baseia-se no tipo, na frequência e na intensidade do comportamento (p. ex., uma criança que diariamente alinha os objetos durante horas e sofre bastante quando algum deles é movimentado).

O transtorno do espectro autista não é um transtorno degenerativo, sendo comum que aprendizagem e compensação continuem ao longo da vida. Os sintomas são frequentemente mais acentuados na primeira infância e nos primeiros anos da vida escolar, com ganhos no desenvolvimento sendo frequentes no fim da infância pelo menos em certas áreas (p. ex., aumento no interesse por interações sociais). Uma pequena proporção de indivíduos apresenta deterioração comportamental na adolescência, enquanto a maioria dos outros melhora. Apenas uma minoria de indivíduos com transtorno do espectro autista vive e trabalha de forma independente na fase adulta; aqueles que o fazem tendem a ter linguagem e capacidades intelectuais superiores, conseguindo encontrar um nicho que combine com seus interesses e habilidades especiais. Em geral, indivíduos com níveis de prejuízo menores podem ser mais capazes de funcionar com independência. Mesmo esses indivíduos, no entanto, podem continuar socialmente ingênuos e vulneráveis, com dificuldades para organizar as demandas práticas sem ajuda, mais propensos a ansiedade e depressão. Muitos adultos informam usar estratégias compensatórias e mecanismos de enfrentamento para mascarar suas dificuldades em público, mas sofrem com o estresse e os esforços para manter uma fachada socialmente aceitável. Quase nada se sabe sobre a fase da velhice no transtorno do espectro autista.

Alguns indivíduos aparecem pela primeira vez para o diagnóstico na idade adulta, talvez levados pelo diagnóstico de autismo em alguma criança da família ou pelo rompimento de relações profissionais ou familiares. Pode ser difícil, nesses casos, obter uma história detalhada do desenvolvimento, sendo importante levar em conta as dificuldades autorrelatadas. Quando a observação clínica sugerir que os critérios são preenchidos no presente, pode ser diagnosticado o transtorno do espectro autista, desde que não haja evidências de boas habilidades sociais e de comunicação na infância. Por exemplo, o relato (de pais ou outro familiar) de que a pessoa teve amizades recíprocas normais e permanentes e boas habilidades não verbais durante a infância descartaria um diagnóstico de transtorno do espectro autista; a ausência de informações sobre o desenvolvimento, por si só, porém, não deve cumprir esse papel.

Manifestações de prejuízos sociais e de comunicação e comportamentos restritos/repetitivos que definam o transtorno do espectro autista são claras no período do desenvolvimento. Mais tarde, intervenção e compensação, além dos apoios atuais, podem mascarar essas dificuldades pelo menos em alguns contextos. Os sintomas, entretanto, permanecem suficientes para causar prejuízo atual no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os melhores fatores prognósticos estabelecidos para as evoluções individuais no transtorno do espectro autista são presença ou ausência de deficiência intelectual e comprometimento da linguagem associados (p. ex., linguagem funcional por volta dos 5 anos de idade é um sinal de bom prognóstico), bem como outros problemas de saúde mental. Epilepsia, como um diagnóstico de comorbidade, está associada a maior deficiência intelectual e menor capacidade verbal.

Ambientais. Uma gama de fatores de risco inespecíficos, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer ou exposição fetal a ácido valproico, pode contribuir para o risco de transtorno do espectro autista.

Genéticos e fisiológicos. Estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro autista variam de 37% até mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias *de novo* ou mutações *de novo* em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando um transtorno do espectro autista está associado a uma mutação genética conhecida, não parece haver penetrância completa. O risco para o restante dos casos parece ser poligênico, possivelmente com centenas de *loci* genéticos fazendo contribuições relativamente pequenas.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Haverá diferenças culturais nas normas de interação social, comunicação não verbal e relacionamentos; indivíduos com transtorno do espectro autista, entretanto, apresentam prejuízos marcados em relação aos padrões de seu contexto cultural. Fatores culturais e socioeconômicos podem influenciar a idade de identificação ou de diagnóstico; por exemplo, nos Estados Unidos, pode ocorrer diagnóstico tardio ou subdiagnóstico de transtorno do espectro autista entre crianças afro-americanas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno do espectro autista é diagnosticado quatro vezes mais frequentemente no sexo masculino do que no feminino. Em amostras clínicas, pessoas do sexo feminino têm mais propensão a apresentar deficiência intelectual concomitante, sugerindo que meninas sem comprometimento intelectual concomitante ou atrasos da linguagem podem não ter o transtorno identificado, talvez devido à manifestação mais sutil das dificuldades sociais e de comunicação.

Consequências Funcionais do Transtorno do Espectro Autista

Em crianças pequenas com transtorno do espectro autista, a ausência de capacidades sociais e comunicacionais pode ser um impedimento à aprendizagem, especialmente à aprendizagem por meio da interação social ou em contextos com seus colegas. Em casa, a insistência em rotinas e a aversão à mudança, bem como sensibilidades sensoriais, podem interferir na alimentação e no sono e tornar os cuidados de rotina extremamente difíceis (p. ex., cortes de cabelo, cuidados dentários). As capacidades adaptativas costumam estar abaixo do QI medido. Dificuldades extremas para planejar, organizar e enfrentar a mudança causam impacto negativo no sucesso acadêmico, mesmo para alunos com inteligência acima da média. Na vida adulta, esses indivíduos podem ter dificuldades de estabelecer sua independência devido à rigidez e à dificuldade contínuas com o novo.

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista, mesmo sem deficiência intelectual, têm funcionamento psicossocial insatisfatório na idade adulta, conforme avaliado por indicadores como vida independente e emprego remunerado. As consequências funcionais no envelhecimento são desconhecidas; isolamento social e problemas de comunicação (p. ex., redução da busca por ajuda) provavelmente têm consequências para a saúde na velhice.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome de Rett. Uma ruptura da interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett (em geral, entre 1 e 4 anos de idade); assim, uma proporção substancial das meninas afetadas pode ter uma apresentação que preenche critérios diagnósticos para transtorno do espectro autista. Depois desse período, no entanto, a maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora as habilidades de comunicação social, e as características autistas não são mais grande foco de preocupação. Consequentemente, o transtorno do espectro autista somente deve ser considerado quando preenchidos todos os critérios diagnósticos.

Mutismo seletivo. No mutismo seletivo, o desenvolvimento precoce não costuma ser acometido. A criança afetada normalmente exibe habilidades comunicacionais apropriadas em alguns contextos e locais. Mesmo nos contextos em que a criança é muda, a reciprocidade social não se mostra prejudicada, nem estão presentes padrões de comportamento restritivos ou repetitivos.

Transtornos da linguagem e transtorno da comunicação social (pragmática). Em algumas formas de transtorno da linguagem, pode haver problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. O transtorno específico da linguagem, porém, não costuma estar associado a comunicação não verbal anormal nem à presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Quando um indivíduo apresenta prejuízo na comunicação social e nas interações sociais, mas não exibe comportamentos ou interesses restritos ou repetitivos, podem ser preenchidos critérios para transtorno da comunicação social (pragmática) em vez de transtorno do espectro autista. O diagnóstico de transtorno do espectro autista se sobrepõe ao de transtorno da comunicação social (pragmática) sempre que preenchidos os critérios para transtorno do espectro autista, devendo-se indagar cuidadosamente sobre comportamento restrito/repetitivo anterior ou atual.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) sem transtorno do espectro autista. Pode ser difícil diferenciar deficiência intelectual sem transtorno do espectro autista de transtorno do espectro autista em crianças muito jovens. Indivíduos com deficiência intelectual que não desenvolveram habilidades linguísticas ou simbólicas também representam um desafio para o diagnóstico diferencial, uma vez que comportamentos repetitivos frequentemente também ocorrem em tais indivíduos. Um diagnóstico de transtorno do espectro autista em uma pessoa com deficiência intelectual é adequado quando a comunicação e a interação sociais estão significativamente prejudicadas em relação ao nível de desenvolvimento de suas habilidades não verbais (p. ex., habilidades motoras finas, solução de problemas não verbais). Diferentemente, a deficiência intelectual é o diagnóstico apropriado quando não há discrepância aparente entre o nível das habilidades de comunicação social e outras habilidades intelectuais.

Transtorno do movimento estereotipado. Estereotipias motoras estão entre as características diagnósticas do transtorno do espectro autista, de modo que um diagnóstico adicional de transtorno do movimento estereotipado não é feito quando tais comportamentos repetitivos são mais bem explicados pela presença do transtorno do espectro autista. Quando as estereotipias causam autolesão e se tornam um foco do tratamento, os dois diagnósticos podem ser apropriados.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Anormalidades de atenção (foco exagerado ou distração fácil) são comuns em pessoas com transtorno do espectro autista, assim como o é a hiperatividade. Um diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade deve ser considerado quando dificuldades atencionais ou hiperatividade excedem o tipicamente encontrado em indivíduos de idade mental comparável.

Esquizofrenia. Esquizofrenia com início na infância costuma desenvolver-se após um período de desenvolvimento normal ou quase normal. Há descrição de um estado prodrômico no qual ocorrem prejuízo social, interesses e crenças atípicos que podem ser confundidos com os déficits sociais encontrados no transtorno do espectro autista. Alucinações e delírios, características definidoras da esquizofrenia, não são elementos do transtorno do espectro autista. Os clínicos, entretanto, devem levar em conta que indivíduos com transtorno do espectro autista podem ser concretos na interpretação de perguntas sobre aspectos-chave da esquizofrenia (p. ex., "Você ouve vozes quando não há ninguém por perto?" "Sim [no rádio]").

Comorbidade

O transtorno do espectro autista é frequentemente associado com comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem (i.e., incapacidade de compreender e construir frases gramaticalmente corretas), que devem ser registrados conforme os especificadores relevantes quando aplicáveis. Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista apresentam sintomas psiquiátricos que não fazem parte dos critérios diagnósticos para o transtorno (cerca de 70% das pessoas com transtorno do espectro autista podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos). Quando critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do espectro autista são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser dados. O mesmo princípio aplica-se a diagnósticos concomitantes de transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtornos de ansiedade, transtornos depres-

sivos e outros diagnósticos de comorbidade. Entre indivíduos que não falam ou têm déficits de linguagem, sinais observáveis, como mudanças no sono ou na alimentação e aumento no comportamento desafiante, devem desencadear uma avaliação para ansiedade ou depressão. Dificuldades específicas de aprendizagem (leitura, escrita e aritmética) são comuns, assim como o transtorno do desenvolvimento da coordenação. As condições médicas normalmente associadas ao transtorno do espectro autista devem ser registradas no especificador "condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental". Tais condições médicas incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação. Transtorno alimentar restritivo/evitativo é uma característica que se apresenta com bastante frequência no transtorno do espectro autista, e preferências alimentares extremas e reduzidas podem persistir.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):
   1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
      Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
      a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
      b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
      c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
      d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
      e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
      f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
      g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
      h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
      i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
   Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
   a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
   b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
   c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
   d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
   e. Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
   f. Frequentemente fala demais.
   g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
   h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
   i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "grave" estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A *desatenção* manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares.

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos do TDAH, embora costumem ser comórbidos. As características associadas podem incluir baixa tolerância a frustração, irritabilidade ou labilidade do humor. Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado. Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com TDAH podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos. No início da vida adulta, o TDAH está associado a risco aumentado de tentativa de suicídio, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou por uso de substância.

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido póstero-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos. Nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada.

Prevalência

Levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos.

Desenvolvimento e Curso

Muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é altamente variável, antes dos 4 anos de idade. O TDAH costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial. O transtorno fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria das pessoas com TDAH, sintomas de hiperatividade motora ficam menos claros na adolescência e na vida adulta, embora persistam dificuldades com planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. Uma proporção substancial de crianças com TDAH permanece relativamente prejudicada até a vida adulta.

Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, sinais de hiperatividade (p. ex., correr e subir nas coisas) são menos comuns, podendo limitar-se a comportamento mais irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na vida adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predispõem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e fisiológicos. O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Diferenças regionais nas taxas de prevalência do TDAH parecem principalmente atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes. Entretanto, pode haver, ainda, variações culturais em termos de atitudes ou interpretações acerca do comportamento infantil. As taxas de identificação clínica nos Estados Unidos para populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que para populações brancas. As pontuações de sintomas por informantes podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informante, sugerindo que práticas culturalmente apropriadas são relevantes na avaliação do TDAH.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino.

Consequências Funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O TDAH está associado a desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal. Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão. O risco subsequente para transtornos por uso posterior de substâncias é alto, especialmente quando se desenvolve transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial. Indivíduos com TDAH são mais propensos a sofrer lesões do que seus colegas. Acidentes e violações de trânsito são mais frequentes em condutores com o transtorno. Pode haver probabilidade aumentada de obesidade entre indivíduos com TDAH.

Autodeterminação variável ou inadequada a tarefas que exijam esforço prolongado frequentemente é interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. As relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas. As relações com os pares costumam ser conturbadas devido a rejeição por parte daqueles, negligência ou provocações em relação ao indivíduo com TDAH. Em média, pessoas com o transtorno alcançam escolaridade menor, menos sucesso profissional e escores intelectuais reduzidos na comparação com seus pares, embora exista grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando a adaptação social, familiar e escolar/profissional.

Déficits acadêmicos, problemas escolares e negligência pelos colegas tendem a estar principalmente associados a sintomas elevados de desatenção, ao passo que rejeição por colegas e, em menor grau, lesões acidentais são mais proeminentes com sintomas acentuados de hiperatividade ou impulsividade.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de oposição desafiante. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante podem resistir a tarefas profissionais ou escolares que exijam autodeterminação porque resistem a se conformar às exigências dos outros. Seu comportamento caracteriza-se por negatividade, hostilidade e desafio. Tais sintomas devem ser diferenciados de aversão à escola ou a tarefas de alta exigência mental causadas por dificuldade em manter um esforço mental prolongado, esquecimento de orientações e impulsividade que caracteriza os indivíduos com TDAH. Um complicador do diagnóstico diferencial é o fato de que alguns indivíduos com TDAH podem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e, assim, desvalorizar sua importância.

Transtorno explosivo intermitente. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham níveis elevados de comportamento impulsivo. Entretanto, indivíduos com o transtorno explosivo intermitente apresentam agressividade importante dirigida aos outros, o que não é característico do TDAH, e não têm problemas em manter a atenção como se vê no TDAH. Além disso, o transtorno explosivo intermitente é raro na infância. O transtorno explosivo intermitente pode ser diagnosticado na presença de TDAH.

Outros transtornos do neurodesenvolvimento. A atividade motora aumentada que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciada do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno do movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do movimento estereotipado, o comportamento motor costuma ser fixo e repetitivo (p. ex., balançar o corpo, morder a si mesmo), enquanto a inquietude e a agitação no TDAH cos-

tumam ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

Transtorno específico da aprendizagem. Crianças com um transtorno específico da aprendizagem podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada. A desatenção, no entanto, em pessoas com um transtorno específico da aprendizagem, mas sem TDAH, não acarreta prejuízos fora dos trabalhos acadêmicos.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Sintomas de TDAH são comuns entre crianças colocadas em ambientes acadêmicos inadequados à sua capacidade intelectual. Nesses casos, os sintomas não são evidentes durante tarefas não acadêmicas. Um diagnóstico de TDAH na deficiência intelectual exige que desatenção ou hiperatividade sejam excessivas para a idade mental.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro autista exibem desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo. A disfunção social e a rejeição pelos pares encontradas em pessoas com TDAH devem ser diferenciadas da falta de envolvimento social, do isolamento e da indiferença a pistas de comunicação faciais e de tonalidade encontrados em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem ter ataques de raiva devido a incapacidade de tolerar mudanças no curso dos eventos esperado por elas. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um ataque de raiva durante alguma transição importante devido a impulsividade ou autocontrole insatisfatório.

Transtorno de apego reativo. Crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, exibindo, ainda, outras características, tais como ausência de relações duradouras, que não são características do TDAH.

Transtornos de ansiedade. O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de sua atração por estímulos externos, atividades novas ou predileção por atividades agradáveis. Isso é diferente da desatenção por preocupação e ruminação encontrada nos transtornos de ansiedade. Agitação pode ser encontrada em transtornos de ansiedade. No TDAH, todavia, o sintoma não está associado a preocupação e ruminação.

Transtornos depressivos. Indivíduos com transtornos depressivos podem se apresentar com incapacidade de se concentrar. Entretanto, a dificuldade de concentração nos transtornos do humor fica proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Transtorno bipolar. Indivíduos com transtorno bipolar podem ter aumento da atividade, dificuldade de concentração e aumento na impulsividade. Essas características, entretanto, são episódicas, ocorrendo por vários dias de cada vez. No transtorno bipolar, aumento na impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas. Crianças com TDAH podem apresentar mudanças importantes de humor em um mesmo dia; essa labilidade é diferente de um episódio maníaco, que deve durar quatro dias ou mais para ser um indicador clínico de transtorno bipolar, mesmo em crianças. O transtorno bipolar é raro em pré-adolescentes, mesmo quando irritabilidade grave e raiva são proeminentes, ao passo que o TDAH é comum entre crianças e adolescentes que apresentam raiva e irritabilidade excessivas.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspectos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com o transtorno, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH, que deve ser diagnosticado em separado.

Transtorno por uso de substância. Diferenciar o TDAH dos transtornos por uso de substância pode ser um problema se a primeira apresentação dos sintomas do TDAH ocorrer após o início do abuso ou do uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso problemático de substâncias, obtidas por meio de informantes ou registros prévios, podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial.

Transtornos da personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil diferenciar TDAH dos transtornos da personalidade *borderline*, narcisista e outros transtornos da personalidade. Todos estes tendem a compartilhar características de desorganização, intrusão social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. O TDAH, porém, não é caracterizado por medo do abandono, autolesão, ambivalência extrema ou outras características de transtornos da personalidade. Pode haver necessidade de observação prolongada, entrevista com informantes ou história detalhada para distinguir comportamento impulsivo, socialmente intrusivo ou inadequado de comportamento narcisista, agressivo ou dominador para que seja feito esse diagnóstico diferencial.

Transtornos psicóticos. O TDAH não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico.

Sintomas de TDAH induzidos por medicamentos. Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade atribuíveis ao uso de medicamentos (p. ex., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], terapia de reposição para a tireoide) são diagnosticados como transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) ou transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida não especificada).

Transtornos neurocognitivos. Não se sabe se transtorno neurocognitivo maior precoce (demência) e/ou transtorno neurocognitivo leve estão associados ao TDAH, embora possam se apresentar com características clínicas semelhantes. Essas condições são diferenciadas do TDAH por seu início tardio.

Comorbidade

Em ambientes clínicos, transtornos comórbidos são frequentes em indivíduos cujos sintomas preenchem critérios para TDAH. Na população em geral, transtorno de oposição desafiante é comórbido com TDAH em cerca de metade das crianças com a apresentação combinada e em cerca de um quarto daquelas com a apresentação predominantemente desatenta. Transtorno da conduta é comórbido com TDAH em aproximadamente um quarto das crianças e dos adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente. A maioria das crianças e dos adolescentes com transtorno disruptivo da desregulação do humor tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH; uma porcentagem menor de crianças com TDAH tem sintomas que preenchem critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Transtorno específico da aprendizagem comumente é comórbido com TDAH. Transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior ocorrem em uma minoria de indivíduos com TDAH, embora com maior frequência do que na população em geral. Transtorno explosivo intermitente ocorre em uma minoria de adultos com TDAH, embora com taxas acima dos níveis populacionais. Ainda que transtornos por abuso de substância sejam relativamente mais frequentes entre adultos com TDAH na população em geral, estão presentes em apenas uma minoria deles. Nos adultos, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDAH. Outros transtornos que podem ser comórbidos com o TDAH incluem o transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos de tique e o transtorno do espectro autista.

Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado

314.01 (F90.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado é usada em situações em que o clínico opta

por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio do registro "outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "com sintomas insuficientes de desatenção").

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado

314.01 (F90.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Transtorno Específico da Aprendizagem

Transtorno Específico da Aprendizagem

Critérios Diagnósticos

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:
   1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
   2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
   3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (p. ex., pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
   4. Dificuldades com a expressão escrita (p. ex., comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).
   5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
   6. Dificuldades no raciocínio (p. ex., tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).
B. As habilidades acadêmicas afetadas estão substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando interferência significativa no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de

desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente. Para indivíduos com 17 anos ou mais, história documentada das dificuldades de aprendizagem com prejuízo pode ser substituída por uma avaliação padronizada.

C. As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas).

D. As dificuldades de aprendizagem não podem ser explicadas por deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Nota: Os quatro critérios diagnósticos devem ser preenchidos com base em uma síntese clínica da história do indivíduo (do desenvolvimento, médica, familiar, educacional), em relatórios escolares e em avaliação psicoeducacional.

Nota para codificação: Especificar todos os domínios e sub-habilidades acadêmicos prejudicados. Quando mais de um domínio estiver prejudicado, cada um deve ser codificado individualmente conforme os especificadores a seguir.

Especificar se:

315.00 (F81.0) Com prejuízo na leitura:
Precisão na leitura de palavras
Velocidade ou fluência da leitura
Compreensão da leitura
Nota: *Dislexia* é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia. Se o termo dislexia for usado para especificar esse padrão particular de dificuldades, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais como dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático.

315.2 (F81.81) Com prejuízo na expressão escrita:
Precisão na ortografia
Precisão na gramática e na pontuação
Clareza ou organização da expressão escrita

315.1 (F81.2) Com prejuízo na matemática:
Senso numérico
Memorização de fatos aritméticos
Precisão ou fluência de cálculo
Precisão no raciocínio matemático
Nota: *Discalculia* é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informações numéricas, aprendizagem de fatos aritméticos e realização de cálculos precisos ou fluentes. Se o termo discalculia for usado para especificar esse padrão particular de dificuldades matemáticas, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais como dificuldades no raciocínio matemático ou na precisão na leitura de palavras.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Alguma dificuldade em aprender habilidades em um ou dois domínios acadêmicos, mas com gravidade suficientemente leve que permita ao indivíduo ser capaz de compensar ou funcionar bem quando lhe são propiciados adaptações ou serviços de apoio adequados, especialmente durante os anos escolares.

Moderada: Dificuldades acentuadas em aprender habilidades em um ou mais domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo se torne proficiente sem alguns intervalos de ensino intensivo e especializado durante os anos escolares. Algumas adaptações ou serviços de apoio por pelo menos parte do dia na escola, no trabalho ou em casa podem ser necessários para completar as atividades de forma precisa e eficiente.

Grave: Dificuldades graves em aprender habilidades afetando vários domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo aprenda essas habilidades sem um ensino individuali-

zado e especializado contínuo durante a maior parte dos anos escolares. Mesmo com um conjunto de adaptações ou serviços de apoio adequados em casa, na escola ou no trabalho, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades de forma eficiente.

Procedimentos para Registro

Cada um dos domínios e sub-habilidades acadêmicos prejudicados no transtorno específico da aprendizagem deve ser registrado. Devido às exigências da CID, prejuízos na leitura, na expressão escrita e na matemática, com os prejuízos correspondentes em sub-habilidades, devem ser codificados em separado. Por exemplo, prejuízos em leitura e matemática e em sub-habilidades na velocidade ou fluência de leitura, na compreensão da leitura, no cálculo exato ou fluente e no raciocínio matemático preciso devem ser codificados e registrados como 315.00 (F81.0), transtorno específico da aprendizagem com prejuízo em leitura, com prejuízo na velocidade ou fluência de leitura e prejuízo na compreensão da leitura; como 315.1 (F81.2), transtorno específico da aprendizagem com prejuízo em matemática, com prejuízo no cálculo exato ou fluente e prejuízo no raciocínio matemático preciso.

Características Diagnósticas

O transtorno específico da aprendizagem é um transtorno do neurodesenvolvimento com uma origem biológica que é a base das anormalidades no nível cognitivo as quais são associadas com as manifestações comportamentais. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais que influenciam a capacidade do cérebro para perceber ou processar informações verbais ou não verbais com eficiência e exatidão.

Uma característica essencial do transtorno específico da aprendizagem são dificuldades persistentes para aprender habilidades acadêmicas fundamentais (Critério A), com início durante os anos de escolarização formal (i.e., o período do desenvolvimento). Habilidades acadêmicas básicas incluem leitura exata e fluente de palavras isoladas, compreensão da leitura, expressão escrita e ortografia, cálculos aritméticos e raciocínio matemático (solução de problemas matemáticos). Diferentemente de andar ou falar, que são marcos adquiridos do desenvolvimento que emergem com a maturação cerebral, as habilidades acadêmicas (p. ex., leitura, ortografia, escrita, matemática) precisam ser ensinadas e aprendidas de forma explícita. Transtornos específicos da aprendizagem perturbam o padrão normal de aprendizagem de habilidades acadêmicas; não constituem, simplesmente, uma consequência de falta de oportunidade de aprendizagem ou educação escolar inadequada. Dificuldades para dominar essas habilidades acadêmicas básicas podem também ser impedimento para aprendizagem de outras matérias acadêmicas (p. ex., história, ciências, estudos sociais), mas esses problemas são atribuíveis a dificuldades de aprendizagem de habilidades acadêmicas subjacentes. Dificuldade de aprender a correlacionar letras a sons do próprio idioma – a ler palavras impressas (frequentemente chamada de *dislexia*) – é uma das manifestações mais comuns do transtorno específico da aprendizagem. As dificuldades de aprendizagem manifestam-se como uma gama de comportamentos ou sintomas descritivos e observáveis (conforme listado nos Critérios A1-A6). Esses sintomas clínicos podem ser observados, investigados a fundo por entrevista clínica ou confirmados a partir de relatórios escolares, escalas classificatórias ou descrições em avaliações educacionais ou psicológicas prévias. As dificuldades de aprendizagem são persistentes e não transitórias. Em crianças e adolescentes, define-se *persistência* como um limitado progresso na aprendizagem (i.e., ausência de evidências de que o indivíduo está alcançando o mesmo nível dos colegas) durante pelo menos seis meses apesar de ter sido proporcionada ajuda adicional em casa ou na escola. Por exemplo, dificuldades em aprender a ler palavras isoladas que não se resolvem completa ou rapidamente com a provisão de instrução em habilidades fonológicas ou estratégias de identificação de palavras podem indicar um transtorno específico da aprendizagem. Evidências de dificuldades persistentes de aprendizagem podem ser detectadas em relatórios escolares cumulativos, portfólios de trabalhos da criança avaliados, medidas baseadas no currículo ou entrevista clínica. Nos adultos, dificuldade persistente refere-se a dificuldades contínuas no letramento ou numeralização que se manifestam na infância ou na adolescência, conforme indicado por evidências cumulativas de relatórios escolares, portfólios de trabalhos avaliados ou avaliações prévias.

Uma segunda característica-chave é a de que o desempenho do indivíduo nas habilidades acadêmicas afetadas está bem abaixo da média para a idade (Critério B). Um forte indicador clínico de dificuldades para aprender habilidades acadêmicas é baixo desempenho acadêmico para a idade ou desempenho mediano mantido apenas por níveis extraordinariamente elevados de esforço ou apoio. Em crianças, habilidades escolares de baixo nível causam interferência significativa no desempenho escolar (conforme indicado por relatórios escolares e notas e avaliações de professores). Outro indicador clínico, particularmente em adultos, é a evitação de atividades que exigem habilidades acadêmicas. Também na vida adulta, baixas habilidades acadêmicas interferem no desempenho profissional ou nas atividades cotidianas que exijam essas habilidades (conforme indicado por autorrelato ou relato de outros). Esse critério, todavia, também requer evidências psicométricas resultantes de teste de desempenho acadêmico administrado individualmente, psicometricamente apropriado e culturalmente adequado, padronizado ou referenciado a critérios. As habilidades acadêmicas distribuem-se ao longo de um *continnum*; assim, não há ponto de corte natural que possa ser usado para diferenciar indivíduos com ou sem transtorno específico da aprendizagem. Portanto, qualquer limiar usado para especificar o que constitui desempenho acadêmico significativamente baixo (p. ex., habilidades acadêmicas muito abaixo do esperado para a idade) é, em grande parte, arbitrário. Baixos escores acadêmicos em um ou mais de um teste padronizado ou em subtestes em um domínio acadêmico (i.e., no mínimo 1,5 desvio-padrão [DP] abaixo da média populacional para a idade, o que se traduz por um escore-padrão de 78 ou menos, abaixo do percentil 7) são necessários para maior certeza diagnóstica. Escores exatos, entretanto, irão variar de acordo com os testes padronizados específicos empregados. Com base em juízos clínicos, pode ser usado um limiar mais tolerante (p. ex., 1,0-2,5 DP abaixo da média populacional para a idade) quando as dificuldades de aprendizagem são apoiadas por evidências convergentes de avaliação clínica, história acadêmica, relatórios escolares ou escores de testes. Além do mais, considerando que testes padronizados não estão disponíveis em todos os idiomas, o diagnóstico pode então ser baseado, em parte, no julgamento clínico dos escores de testes disponíveis.

Uma terceira característica central é a de que as dificuldades de aprendizagem estejam prontamente aparentes nos primeiros anos escolares, na maior parte dos indivíduos (Critério C). Entretanto, em outros, as dificuldades de aprendizagem podem não se manifestar plenamente até os anos escolares mais tardios, período em que as demandas de aprendizagem aumentam e excedem as capacidades individuais limitadas.

Outra característica diagnóstica fundamental é a de que as dificuldades de aprendizagem sejam consideradas "específicas" por quatro razões. Primeiro, elas não são atribuíveis a deficiências intelectuais (deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual]); a atraso global do desenvolvimento; a deficiências auditivas ou visuais; ou a problemas neurológicos ou motores (Critério D). O transtorno específico da aprendizagem afeta a aprendizagem em indivíduos que, de outro modo, demonstram níveis normais de funcionamento intelectual (geralmente estimado por escore de QI superior a cerca de 70 [±5 pontos de margem de erro de medida]). A expressão "insucesso acadêmico inesperado" é frequentemente citada como a característica definidora do transtorno específico da aprendizagem, no sentido de que as incapacidades de aprendizagem específicas não são parte de uma dificuldade de aprendizagem mais genérica, como a que ocorre na deficiência intelectual ou no atraso global do desenvolvimento. O transtorno específico da aprendizagem pode, ainda, ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente "talentosos". Eles podem conseguir manter um funcionamento acadêmico aparentemente adequado mediante o uso de estratégias compensatórias, esforço extraordinariamente alto ou apoio, até que as exigências de aprendizagem ou os procedimentos avaliativos (p. ex., testes cronometrados) imponham barreiras à sua aprendizagem ou à realização de tarefas exigidas. Segundo, a dificuldade de aprendizagem não pode ser atribuída a fatores externos mais gerais, como desvantagem econômica ou ambiental, absenteísmo crônico ou falta de educação, conforme geralmente oferecida no contexto da comunidade do indivíduo. Terceiro, a dificuldade para aprender não pode ser atribuída a algum transtorno neurológico (p. ex., acidente vascular cerebral pediátrico) ou motor ou a deficiência visual ou auditiva, os quais costumam ser associados a

problemas de aprendizagem de habilidades acadêmicas, mas que são distinguíveis pela presença de sinais neurológicos. Por fim, a dificuldade de aprendizagem pode se limitar a uma habilidade ou domínio acadêmico (p. ex., leitura de palavras isoladas, evocação ou cálculos numéricos).

Uma avaliação abrangente é necessária. Um transtorno específico da aprendizagem só pode ser diagnosticado após o início da educação formal, mas, a partir daí, pode ser diagnosticado em qualquer momento em crianças, adolescentes e adultos, desde que haja evidência de início durante os anos de escolarização formal (i.e., o período do desenvolvimento). Nenhuma fonte única de dados é suficiente para o diagnóstico de transtorno específico da aprendizagem. Ao contrário, o diagnóstico é clínico e baseia-se na síntese da história médica, de desenvolvimento, educacional e familiar do indivíduo; na história da dificuldade de aprendizagem, incluindo sua manifestação atual e prévia; no impacto da dificuldade no funcionamento acadêmico, profissional ou social; em relatórios escolares prévios ou atuais; em portfólios de trabalhos que demandem habilidades acadêmicas; em avaliações de base curricular; e em escores prévios e atuais resultantes de testes individuais padronizados de desempenho acadêmico. Diante da suspeita de um problema intelectual, sensorial, neurológico ou motor, a avaliação clínica de transtorno específico da aprendizagem deve, ainda, incluir métodos apropriados para esses distúrbios. Assim, uma investigação abrangente envolverá profissionais especialistas em transtorno específico da aprendizagem e em avaliação psicológica/cognitiva. Uma vez que o transtorno costuma persistir na vida adulta, raramente há necessidade de reavaliação, a não ser que indicada por mudanças marcantes nas dificuldades de aprendizagem (melhora ou piora) ou por solicitação para fins específicos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno específico da aprendizagem é precedido, frequentemente, embora não de forma invariável, nos anos pré-escolares, por atrasos na atenção, na linguagem ou nas habilidades motoras, capazes de persistir e de ser comórbidos com transtorno específico da aprendizagem. Um perfil irregular de capacidades é comum, como capacidades acima da média para desenhar, para *design* e outras capacidades visuoespaciais, mas leitura lenta, trabalhosa e imprecisa, bem como dificuldades na compreensão da leitura e na expressão escrita. Indivíduos com transtorno específico da aprendizagem tipicamente (mas não invariavelmente) exibem baixo desempenho em testes psicológicos de processamento cognitivo. Ainda não está claro, entretanto, se essas anormalidades cognitivas são causa, correlatos ou consequência das dificuldades de aprendizagem. Além disso, embora déficits cognitivos associados com dificuldades em aprender a ler palavras estejam bem documentados, aqueles associados com outras manifestações do transtorno específico da aprendizagem (p. ex., compreensão da leitura, cálculo aritmético, expressão escrita) são pouco conhecidos ou especificados. Ademais, indivíduos com sintomas comportamentais ou escores de testes comparáveis apresentam uma variedade de déficits cognitivos, e muitos desses déficits de processamento também são encontrados em outros transtornos do neurodesenvolvimento (p. ex.,TDAH, transtorno do espectro autista, transtornos da comunicação, transtorno do desenvolvimento da coordenação). Logo, não há necessidade de investigar déficits de processamento cognitivo para uma avaliação diagnóstica. O transtorno específico da aprendizagem está associado a risco aumentado de ideação e tentativas de suicídio em crianças, adolescentes e adultos.

Não existem marcadores biológicos conhecidos de transtorno específico da aprendizagem. Como grupo, indivíduos com o transtorno apresentam alterações circunscritas no processamento cognitivo e na estrutura e no funcionamento cerebral. Diferenças genéticas também são evidentes em nível de grupo. Entretanto, testes cognitivos, neuroimagem ou testes genéticos não são úteis para o diagnóstico no momento atual.

Prevalência

A prevalência do transtorno específico da aprendizagem nos domínios acadêmicos da leitura, escrita e matemática é de 5 a 15% entre crianças em idade escolar, em diferentes idiomas e culturas. Nos adultos, a prevalência é desconhecida, mas parece ser de aproximadamente 4%.

Desenvolvimento e Curso

Início, reconhecimento e diagnóstico de transtorno específico da aprendizagem costumam ocorrer durante os anos do ensino fundamental, quando as crianças precisam aprender a ler, ortografar, escrever e calcular. Precursores, porém, como atrasos ou déficits linguísticos, dificuldades para rimar e contar ou dificuldades com habilidades motoras finas necessárias para a escrita costumam ocorrer na primeira infância, antes do início da escolarização formal. As manifestações podem ser comportamentais (p. ex., relutância em envolver-se na aprendizagem; comportamento de oposição). O transtorno específico da aprendizagem permanece ao longo da vida, mas seu curso e expressão clínica variam, em parte, dependendo das interações entre as exigências ambientais, a variedade e a gravidade das dificuldades individuais de aprendizagem, as capacidades individuais de aprendizagem, comorbidades e sistemas de apoio e intervenção disponíveis. Ainda assim, na vida diária, problemas na fluência e compreensão da leitura, na soletração, na expressão escrita e na habilidade com números costumam persistir na vida adulta.

Mudanças na manifestação dos sintomas ocorrem com a idade, de modo que um indivíduo pode ter um conjunto persistente ou mutável de dificuldades de aprendizagem em seu ciclo de vida.

Exemplos de sintomas que podem ser observados entre crianças pré-escolares incluem falta de interesse em jogos com sons da língua (p. ex., repetição, rimas), e elas podem ter problemas para aprender rimas infantis. Crianças pré-escolares com transtorno específico da aprendizagem podem, com frequência, falar como bebês, pronunciar mal as palavras e ter dificuldade para lembrar os nomes de letras, números ou dias da semana. Elas podem não conseguir reconhecer as letras do próprio nome e ter problemas para aprender a contar. Crianças de jardim da infância com transtorno específico da aprendizagem podem não ser capazes de reconhecer e escrever as letras; podem não ser capazes de escrever o próprio nome; ou podem usar combinações inventadas de letras. Podem ter problemas para quebrar palavras faladas em sílabas (p. ex., quarto, separado em quar-to), bem como problemas no reconhecimento de palavras que rimam (p. ex., gato, rato, pato). Crianças que vão ao jardim de infância podem, ainda, ter problemas para conectar letras e seus sons (p. ex., a letra "b" tem o som /b/) e podem também não ser capazes de reconhecer fonemas (p. ex., não sabem qual, em um conjunto de palavras [p. ex., bolo, vaca, carro], inicia com o mesmo som de "casa").

O transtorno específico da aprendizagem em crianças do ensino fundamental costuma se manifestar como uma dificuldade acentuada para aprender a correspondência entre letra e som (especialmente em crianças cujo idioma é o inglês), decodificar as palavras com fluência, ortografar ou compreender fatos matemáticos; a leitura em voz alta é lenta, imprecisa e trabalhosa, e algumas crianças sofrem para compreender a magnitude que um número falado ou escrito representa. As crianças, nos primeiros anos escolares (1º a 3º ano), podem continuar a ter problemas no reconhecimento e na manipulação de fonemas, ser incapazes de ler palavras comuns monossilábicas (tais como *cão* ou *pó*) e ser incapazes de reconhecer palavras comuns soletradas irregularmente (p. ex., *ficho* por *fixo*). Elas podem cometer erros de leitura, indicativos de problemas para conectar sons e letras (p. ex., *jato* por *gato* em inglês), além de apresentar dificuldades para colocar números e letras em sequência. Crianças do 1º ao 3º ano podem também ter dificuldade para lembrar fatos numéricos ou operações matemáticas de adição, subtração e assim por diante, podendo ter queixas de que a leitura ou a aritmética é difícil e evitando fazê-las. Crianças com transtorno específico da aprendizagem nas séries intermediárias (4º a 6º ano) podem pronunciar mal ou pular partes de palavras longas e multissilábicas (p. ex., *convido* em vez de *convidado, aminal* em vez de *animal*) e confundir palavras com sons semelhantes (p. ex., *comestível* e *combustível*, *inferno* e *inverno*). Podem apresentar problemas para recordar datas, nomes e números de telefone e ainda dificuldades para completar no tempo temas de casa ou testes. Crianças nas séries intermediárias podem, ainda, ter problemas de compreensão, com ou sem leitura lenta, trabalhosa e imprecisa, e podem ter problemas para ler pequenas palavras funcionais (p. ex., que, o/a, em). Podem ter uma ortografia muito ruim, bem como apresentar trabalhos escritos insatisfatórios.Podem acertar a primeira parte de uma palavra e depois tentar adivinhar o restante (p. ex., leitura de *clover* como *clock*, no inglês), podendo manifestar medo ou recusa a ler em voz alta.

Em contraste, os adolescentes podem ter dominado a decodificação de palavras, mas a leitura permanece lenta e trabalhosa, com tendência a problemas acentuados na compreensão da leitura e na expressão escrita (inclusive problemas ortográficos), bem como domínio insatisfatório de fatos

matemáticos ou solução de problemas matemáticos. Na adolescência e na vida adulta, indivíduos com transtorno específico da aprendizagem podem continuar a cometer vários erros de ortografia, ler palavras isoladas e textos lentamente e com muito esforço, com problemas na pronúncia de palavras multissilábicas. Com frequência, podem precisar reler o material para compreender ou captar o ponto principal e ter problemas para fazer inferências a partir de textos escritos. Adolescentes e adultos podem evitar atividades que exijam leitura ou matemática (ler por prazer, ler instruções). Adultos com o transtorno têm problemas contínuos de ortografia, leitura lenta e trabalhosa ou problemas para fazer inferências importantes a partir de informações numéricas, em documentos escritos relacionados à vida profissional. Podem evitar atividades de lazer e profissionais que demandem leitura ou escrita ou usar estratégias alternativas para ter acesso a material impresso (p. ex., *software* texto-pronúncia/pronúncia-texto, áudio livros, mída audiovisual).

Uma expressão clínica alternativa inclui dificuldades de aprendizagem circunscritas que persistam ao longo vida, como incapacidade de dominar o sentido básico dos números (p. ex., saber qual de um par de números ou pontos representa a magnitude maior) ou não ter proficiência na identificação e na ortografia das palavras. Evitação ou relutância em se envolver em atividades que exijam habilidades acadêmicas é comum em crianças, adolescentes e adultos. Episódios de ansiedade grave ou transtornos de ansiedade, incluindo queixas somáticas ou ataques de pânico, são comuns ao longo vida e acompanham as expressões circunscrita e ampla das dificuldades de aprendizagem.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer aumentam o risco de transtorno específico da aprendizagem, da mesma forma que exposição pré-natal a nicotina.

Genéticos e fisiológicos. O transtorno específico da aprendizagem parece agregrar-se em famílias, particularmente quando afeta a leitura, a matemática e a ortografia. O risco relativo de transtorno específico da aprendizagem da leitura ou da matemática é substancialmente maior (p. ex., 4 a 8 vezes e 5 a 10 vezes mais alto, respectivamente) em parentes de primeiro grau de indivíduos com essas dificuldades de aprendizagem na comparação com aqueles que não as apresentam. História familiar de dificuldades de leitura (dislexia) e de alfabetização prediz problemas de alfabetização ou transtorno específico da aprendizagem na prole, indicando o papel combinado de fatores genéticos e ambientais.

Existe elevada herdabilidade na capacidade e na incapacidade de leitura, nos idiomas alfabéticos e não alfabéticos, incluindo alta herdabilidade para a maioria das manifestações de capacidades e incapacidades de aprendizagem (p. ex., estimativas de herdabilidade maiores do que 0,6). A covariação entre as várias manifestações de dificuldades de aprendizagem é alta, sugerindo que genes relacionados a uma apresentação estão altamente correlacionados com genes relacionados a outra manifestação.

Modificadores do curso. Problemas acentuados com comportamento de desatenção nos anos pré-escolares predizem dificuldades posteriores em leitura e matemática (mas não necessariamente transtorno específico da aprendizagem) e não resposta a intervenções acadêmicas efetivas. Atraso ou transtornos na fala ou na linguagem, ou processamento cognitivo prejudicado (p. ex., consciência fonológica, memória de trabalho capacidade de nomear rapidamente em série) nos anos pré-escolares predizem transtorno específico da aprendizagem posterior em leitura e expressão escrita. A comorbidade desses problemas com TDAH é preditora de pior evolução da saúde mental quando comparada àquela associada a um transtorno específico da aprendizagem sem TDAH. Instrução sistemática, intensiva e individualizada, utilizando intervenções baseadas em evidências, pode melhorar ou diminuir as dificuldades de aprendizagem em alguns indivíduos ou promover o uso de estratégias compensatórias em outros, mitigando, dessa forma, evoluções de outro modo negativas.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Transtorno específico da aprendizagem ocorre em diferentes idiomas, culturas, raças e condições socioeconômicas; pode, porém, variar em sua manifestação, de acordo com a natureza dos sistemas de símbolos escritos e falados e práticas culturais e educacionais. Por exemplo, as exigências

para processamento cognitivo da leitura e do trabalho com números variam muito nas várias ortografias. No inglês, o sintoma clínico observável que constitui um marco de dificuldades de aprendizagem para ler é a leitura lenta e imprecisa de palavras isoladas; em outros idiomas alfabéticos, com uma combinação mais direta entre sons e letras (p. ex., espanhol, alemão), e em idiomas não alfabéticos (p. ex., chinês, japonês), o aspecto marcante é uma leitura lenta, mas exata. Nos indivíduos que aprendem o idioma inglês, a avaliação deve incluir uma análise sobre se a fonte das dificuldades de leitura é uma proficiência limitada no idioma ou um transtorno específico da aprendizagem. Fatores de risco para transtorno específico da aprendizagem entre aqueles que aprendem inglês incluem história familiar de transtorno específico da aprendizagem ou atraso de linguagem na língua nativa, bem como dificuldades de aprendizagem em inglês e incapacidade de acompanhar os colegas. Diante da suspeita de diferenças culturais ou de idioma (p. ex., caso de pessoa que está aprendendo inglês), a avaliação precisa levar em conta a proficiência linguística do indivíduo no próprio idioma, bem como na segunda língua (neste caso, o inglês). Além disso, a avaliação deve considerar o contexto linguístico e cultural em que a pessoa vive, além da história educacional e de aprendizagem na cultura e idioma originais.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno específico da aprendizagem é mais comum no sexo masculino do que no feminino (as proporções variam de cerca de 2:1 a 3:1), não podendo ser atribuído a fatores como viés de recrutamento, variação em definições ou medidas, linguagem, raça ou nível socioeconômico.

Consequências Funcionais do Transtorno Específico da Aprendizagem

O transtorno específico da aprendizagem pode ter consequências funcionais negativas ao longo da vida, incluindo baixo desempenho acadêmico, taxas mais altas de evasão do ensino médio, menores taxas de educação superior, níveis altos de sofrimento psicológico e pior saúde mental geral, taxas mais elevadas de desemprego e subemprego e renda menor. Evasão escolar e sintomas depressivos comórbidos aumentam o risco de piores desfechos de saúde mental, incluindo suicidalidade, enquanto altos níveis de apoio social ou emocional predizem melhores desfechos de saúde mental.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais no desempenho acadêmico. O transtorno específico da aprendizagem distingue-se de variações normais no desempenho acadêmico devido a fatores externos (p. ex., falta de oportunidade educacional, educação escolar consistentemente insatisfatória, aprendizagem em uma segunda língua), uma vez que as dificuldades de aprendizagem persistem na presença de oportunidade educacional adequada, exposição à mesma educação escolar que o grupo de colegas e competência no idioma da educação escolar, mesmo quando este é diferente da língua materna do indivíduo.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). O transtorno específico da aprendizagem difere de dificuldades gerais de aprendizagem associadas a deficiência intelectual, porque as dificuldades para aprender ocorrem na presença de níveis normais de funcionamento intelectual (i.e., escore do QI de, no mínimo, 70± 5). Diante da presença de deficiência intelectual, o transtorno específico da aprendizagem pode ser diagnosticado somente se as dificuldades para aprender excedem as comumente associadas à deficiência intelectual.

Dificuldades de aprendizagem devidas a problemas neurológicos ou sensoriais. O transtorno específico da aprendizagem distingue-se de dificuldades de aprendizagem devidas a problemas neurológicos ou sensoriais (p. ex., acidente vascular cerebral pediátrico, lesão cerebral traumática, deficiência auditiva, deficiência visual), porque, nesses casos, há achados anormais no exame neurológico.

Transtornos neurocognitivos. O transtorno específico da aprendizagem distingue-se de problemas de aprendizagem associados com transtornos cognitivos neurodegenerativos, porque, no transtorno específico da aprendizagem, a expressão clínica de dificuldades específicas de aprendizagem ocorre durante o período do desenvolvimento, e as dificuldades não se manifestam como um declínio acentuado a partir de um estado anterior.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno específico da aprendizagem distingue-se do desempenho acadêmico insatisfatório associado ao TDAH, porque nessa condição os problemas podem não necessariamente refletir dificuldades específicas na aprendizagem de habilidades, podendo, sim, ser reflexo de dificuldades no desempenho daquelas habilidades. Todavia, a comorbidade de transtorno específico da aprendizagem e TDAH é mais frequente do que o esperado apenas. Se critérios para ambos os transtornos forem preenchidos, os dois diagnósticos podem ser dados.

Transtornos psicóticos. O transtorno específico da aprendizagem distingue-se das dificuldades acadêmicas e de processamento cognitivo associadas com esquizofrenia ou psicose, porque, no caso desses transtornos, ocorre um declínio (frequentemente rápido) nesses domínios funcionais.

Comorbidade

O transtorno específico da aprendizagem costuma ser comórbido com transtornos do neurodesenvolvimento (p. ex., TDAH, transtornos da comunicação, transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtorno do espectro autista) ou com outros transtornos mentais (p. ex., transtornos de ansiedade, transtornos depressivo e bipolar). Essas comorbidades não necessariamente excluem o diagnóstico de transtorno específico da aprendizagem, mas podem dificultar mais os testes e o diagnóstico diferencial, uma vez que cada um desses transtornos comórbidos interfere, de forma independente, na execução de atividades da vida diária, inclusive na aprendizagem. Assim, o julgamento clínico é necessário para atribuir tal prejuízo a dificuldades de aprendizagem. Havendo indicação de que outro diagnóstico possa ser responsável pelas dificuldades na aprendizagem de habilidades acadêmicas fundamentais, descritas no Critério A, não deve ser feito um diagnóstico de transtorno específico da aprendizagem.

Transtornos Motores

Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

Critérios Diagnósticos **315.4 (F82)**

A. A aquisição e a execução de habilidades motoras coordenadas estão substancialmente abaixo do esperado considerando-se a idade cronológica do indivíduo e a oportunidade de aprender e usar a habilidade. As dificuldades manifestam-se por falta de jeito (p. ex., derrubar ou bater em objetos), bem como por lentidão e imprecisão no desempenho de habilidades motoras (p. ex., apanhar um objeto, usar tesouras ou facas, escrever a mão, andar de bicicleta ou praticar esportes).
B. O déficit nas habilidades motoras do Critério A interfere, significativa e persistentemente, nas atividades cotidianas apropriadas à idade cronológica (p. ex., autocuidado e automanutenção), causando impacto na produtividade acadêmica/escolar, em atividades pré-profissionais e profissionais, no lazer e nas brincadeiras.
C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.
D. Os déficits nas habilidades motoras não são mais bem explicados por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por deficiência visual e não são atribuíveis a alguma condição neurológica que afete os movimentos (p. ex., paralisia cerebral, distrofia muscular, doença degenerativa).

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação é feito por meio de uma síntese clínica da história (de desenvolvimento e médica), do exame físico, de relatórios escolares ou profissionais e da avaliação individual utilizando-se testes padronizados, psicometricamente adequados e culturalmente apropriados. A manifestação de habilidades prejudicadas que exigem coordenação motora (Critério A) varia com a idade. Crianças menores podem apresentar atraso para atingir marcos motores (i.e., sentar, engatinhar, andar), embora muitas alcancem os marcos motores típicos. Elas também podem apresentar atraso no desenvolvimento de habilidades como subir escadas, pedalar, abotoar camisas, completar quebra-cabeças e usar fechos. Mesmo quando a habilidade é dominada, a execução do movimento pode parecer estranha, lenta ou menos precisa que a dos pares. Crianças maiores e adultos podem apresentar menor velocidade ou imprecisão em aspectos motores de atividades como montar quebra-cabeças, construir modelos, jogar bola (especialmente, em equipes), escrever a mão, digitar, dirigir ou executar tarefas de autocuidado.

O transtorno do desenvolvimento da coordenação é diagnosticado apenas se o prejuízo nas habilidades motoras interferir significativamente no desempenho ou na participação nas atividades diárias da vida familiar, social, escolar ou comunitária (Critério B). Exemplos de tais atividades incluem vestir-se, fazer as refeições com utensílios adequados à idade e sem sujeira, envolver-se em jogos físicos com outros, usar materiais específicos em aula, como réguas e tesouras, e participar de atividades físicas em equipe na escola. Não somente há prejuízo na capacidade de desempenhar essas ações; é comum, ainda, lentidão acentuada na execução. A competência para escrever a mão está frequentemente afetada, com repercussão na legibilidade e/ou velocidade da produção escrita e afetando o desempenho acadêmico (o impacto é diferente da dificuldade específica da aprendizagem devido à ênfase no componente motor das habilidades de produção escrita). Nos adultos, as habilidades cotidianas na educação e no trabalho, especialmente as que exigem velocidade e exatidão, são afetadas por problemas de coordenação.

O Critério C informa que o início dos sintomas do transtorno do desenvolvimento da coordenação deve se dar precocemente no período do desenvolvimento. O transtorno, entretanto, não costuma ser diagnosticado antes dos 5 anos, já que há grande variação de idade na aquisição de muitas habilidades motoras, ou falta de estabilidade de mensuração na primeira infância (p. ex., algumas crianças se recuperam), ou porque outras causas de atraso motor podem não ter-se manifestado plenamente.

O Critério D especifica que o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação é feito se as dificuldades de coordenação não são mais bem explicadas por deficiência visual ou não são atribuíveis a alguma condição neurológica. Assim, exame da função visual e exame neurológico devem ser incluídos na avaliação diagnóstica. Se deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) estiver presente, as dificuldades motoras excedem as esperadas para a idade mental; entretanto, não há especificação de ponto de corte ou critério de discrepância de QI.

O transtorno do desenvolvimento da coordenação não tem subtipos distintos; entretanto, os indivíduos podem estar predominantemente prejudicados em habilidades motoras grossas ou finas, incluindo habilidades de escrita manual.

Outros termos usados para descrever o transtorno do desenvolvimento da coordenação incluem *dispraxia da infância*, *transtorno do desenvolvimento específico da função motora* e *síndrome da criança desajeitada*.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Algumas crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação mostram atividade motora adicional (comumente suprimida), como movimentos coreiformes de membros sem apoio ou movimentos espelhados. Esses movimentos "excessivos" são mais conhecidos como *imaturidades do neurodesenvolvimento* ou *sinais neurológicos leves* do que como anormalidades neurológicas. Tanto na literatura atual quanto na prática clínica seu papel no diagnóstico ainda não está claro, exigindo estudos adicionais.

Prevalência

A prevalência do transtorno do desenvolvimento da coordenação em crianças com 5 a 11 anos de idade fica entre 5 e 6% (em crianças com 7 anos, 1,8% têm diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação grave, e 3% apresentam provável transtorno do desenvolvimento da coordenação). Indivíduos do sexo masculino são mais frequentemente afetados do que os do sexo feminino, com uma proporção de 2:1 e 7:1.

Desenvolvimento e Curso

O curso do transtorno do desenvolvimento da coordenação é variável, embora estável, pelo menos até o primeiro ano de acompanhamento. Embora possa ocorrer melhora no longo prazo, problemas com movimentos coordenados continuam durante a adolescência em 50 a 70% das crianças. O início ocorre na primeira infância. Atrasos em marcos motores podem ser o primeiro sinal, ou o transtorno é identificado pela primeira vez quando a criança tenta tarefas como segurar faca e garfo, abotoar roupas ou jogar bola. Na infância intermediária, há dificuldades com aspectos motores em montar quebra-cabeças, construir modelos, jogar bola e escrever a mão, bem como com a organização de pertences, quando a coordenação e sequenciamento motores são necessários. No começo da vida adulta, há dificuldade continuada para aprender tarefas novas que envolvam habilidades motoras complexas/automáticas, incluindo dirigir e usar ferramentas. Incapacidade de fazer anotações e de escrever a mão com rapidez pode afetar o desempenho profissional. A comorbidade com outros transtornos (ver a seção "Comorbidade" para esse transtorno) causa impacto adicional na apresentação, no curso e no desfecho.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O transtorno do desenvolvimento da coordenação é mais comum após exposição pré-natal ao álcool e em crianças pré-termo e com baixo peso ao nascer.

Genéticos e fisiológicos. Prejuízos em processos subjacentes do neurodesenvolvimento – em especial habilidades visuomotoras, tanto na percepção visuomotora quanto na mentalização espacial – foram identificados e afetam a capacidade de fazer ajustes motores rápidos conforme aumenta a complexidade dos movimentos exigidos. Uma disfunção cerebelar foi proposta, mas a base neural do transtorno do desenvolvimento da coordenação permanece indefinida. Devido à comorbidade do transtorno do desenvolvimento da coordenação com transtorno TDAH, transtorno específico da aprendizagem e transtorno do espectro autista, um efeito genético compartilhado foi proposto. No entanto, uma ocorrência concomitante e consistente em gêmeos aparece apenas nos casos graves.

Modificadores do curso. Indivíduos com TDAH e com transtorno do desenvolvimento da coordenação demonstram mais prejuízos do que aqueles com TDAH sem transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno do desenvolvimento da coordenação ocorre em culturas, raças e condições socioeconômicas variadas. Por definição, "atividades da vida diária" implicam diferenças culturais que devem ser consideradas no contexto em que cada criança está vivendo, bem como se a criança tem oportunidades apropriadas para aprender e praticar tais atividades.

Consequências Funcionais do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

O transtorno do desenvolvimento da coordenação leva a prejuízo no desempenho funcional em atividades da vida diária (Critério B), o qual é maior com condições comórbidas. Consequências do transtorno do desenvolvimento da coordenação incluem participação reduzida em brincadei-

ras e esportes de equipe; autoestima e sentimento de valor próprio baixos; problemas emocionais e comportamentais; prejuízo no desempenho acadêmico; baixa aptidão física; atividade física reduzida, e obesidade.

Diagnóstico Diferencial

Prejuízos motores devidos a outra condição médica. Problemas na coordenação podem estar associados a prejuízo na função visual e a doenças neurológicas específicas (p. ex., paralisia cerebral, lesões progressivas do cerebelo, problemas neuromusculares). Nesses casos, há achados adicionais em exames neurológicos.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Se deficiência intelectual estiver presente, as competências motoras podem estar prejudicadas, em conformidade com a deficiência intelectual. Se as dificuldades motoras ultrapassam o que pode ser atribuído à deficiência intelectual, e critérios para transtorno do desenvolvimento da coordenação são preenchidos, o transtorno do desenvolvimento da coordenação também pode ser diagnosticado.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Indivíduos com TDAH podem sofrer quedas, esbarrar em objetos ou deixar as coisas cair. Uma observação cuidadosa em contextos diferentes é necessária para determinar se a falta de competência motora é atribuível mais a distração e impulsividade do que ao transtorno do desenvolvimento da coordenação. Se preenchidos os critérios tanto para TDAH quanto para transtorno do desenvolvimento da coordenação, ambos os diagnósticos podem ser feitos.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com transtorno do espectro autista podem não ter interesse em participar de tarefas que exijam habilidades complexas de coordenação, como esportes com bola, o que afetará o desempenho e a função em testes, embora não seja reflexo da competência motora central. A comorbidade de transtorno do desenvolvimento da coordenação e transtorno do espectro autista é comum. Se atendidos os critérios para os dois transtornos, ambos os diagnósticos podem ser feitos.

Síndrome da hipermobilidade articular. Indivíduos com síndromes que causam hiperextensão das articulações (identificada por exame físico; frequentemente, com queixas de dor) podem apresentar sintomas similares aos do transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Comorbidade

Os transtornos que comumente são comórbidos com o transtorno do desenvolvimento da coordenação incluem transtorno da fala e da linguagem; transtorno específico da aprendizagem (em especial na leitura e na escrita); problemas de desatenção, incluindo TDAH (a condição comórbida mais frequente, com cerca de 50% de concomitância); transtorno do espectro autista; problemas comportamentais disruptivos e emocionais; e síndrome da hipermobilidade articular. Diferentes grupos de transtornos comórbidos podem estar presentes (p. ex., um grupo com transtornos graves de leitura, problemas na motricidade fina e problemas de escrita a mão; outro grupo com prejuízo no controle e planejamento motor). A presença de outros transtornos não exclui o transtorno do desenvolvimento da coordenação, mas pode dificultar mais a testagem e, de forma independente, interferir na execução de atividades da vida diária, de modo a exigir do examinador julgamento na atribuição do prejuízo de habilidades motoras.

Transtorno do Movimento Estereotipado

Critérios Diagnósticos **307.3 (F98.4)**

A. Comportamento motor repetitivo, aparentemente direcionado e sem propósito (p. ex., apertar as mãos ou abanar, balançar o corpo, bater a cabeça, morder-se, golpear o próprio corpo).

B. O comportamento motor repetitivo interfere em atividades sociais, acadêmicas ou outras, podendo resultar em autolesão.
C. O início se dá precocemente no período do desenvolvimento.
D. O comportamento motor repetitivo não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a condição neurológica, não sendo mais bem explicado por outro transtorno do neurodesenvolvimento ou mental (p. ex., tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo], transtorno obsessivo-compulsivo).

Especificar se:

Com comportamento autolesivo (ou comportamento que resulte em lesão, quando não usadas medidas preventivas)

Sem comportamento autolesivo

Especificar se:

Associado a alguma condição médica ou genética conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental (p. ex., síndrome de Lesch-Nyhan, deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], exposição intrauterina ao álcool)

Nota para codificação: Usar código adicional para identificar condição médica ou genética associada ou transtorno do neurodesenvolvimento.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Os sintomas são facilmente suprimidos por estímulo sensorial ou distração.

Moderada: Os sintomas exigem medidas protetivas ou modificação comportamental explícita.

Grave: Monitoração contínua e medidas de proteção são necessárias para prevenir lesão grave.

Procedimentos para Registro

No caso de transtorno do movimento estereotipado associado a alguma condição médica ou genética conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental, registrar transtorno do movimento estereotipado associado com (nome da condição, do transtorno ou do fator) (p. ex., transtorno do movimento estereotipado associado a síndrome de Lesch-Nyhan).

Especificadores

A gravidade dos movimentos estereotipados não autolesivos varia desde apresentações leves, facilmente suprimidas por um estímulo sensorial ou uma distração, até movimentos contínuos que, de forma acentuada, interferem em todas as atividades cotidianas. Os comportamentos autolesivos variam em gravidade ao longo de muitas dimensões, incluindo frequência, impacto no funcionamento adaptativo e gravidade da lesão corporal (de hematoma leve ou eritema por atingir o corpo com as mãos, passando por lacerações ou amputação de dedos da mão, até descolamento da retina por bater a cabeça).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno do movimento estereotipado é um comportamento motor repetitivo, aparentemente direcionado e sem propósito claro (Critério A). Esses comportamentos costumam ser movimentos ritmados da cabeça, das mãos ou do corpo, sem função adaptativa óbvia. Os movimentos podem ou não responder a tentativas de pará-los. Entre crianças com desenvolvimento normal, os movimentos repetitivos podem ser interrompidos quando atenção é dirigida a elas ou quando a criança é distraída da realização dos movimentos. Entre crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, os comportamentos costumam responder menos a tais tentativas. Nos demais casos, o indivíduo demonstra comportamentos de autocontenção (p. ex., sentar-se sobre as mãos, enrolar as mãos nas roupas, encontrar dispositivo de proteção).

O repertório de comportamentos é variável; cada indivíduo se apresenta com seu padrão específico, "assinatura" comportamental. Exemplos de movimentos estereotipados não autolesivos incluem, embora não se limitem a, balançar o corpo, fazer movimentos de abano ou rotação das mãos bilaterais, agitar ou tremular os dedos na frente do rosto, sacudir ou abanar os braços e acenar com a cabeça. Comportamentos estereotipados autolesivos incluem, embora não se limitem

a, bater a cabeça repetidas vezes, dar tapas no rosto, cutucar os olhos e morder as mãos, os lábios ou outras partes do corpo. Cutucar os olhos causa preocupação especial; ocorre com maior frequência entre crianças com deficiência visual. Múltiplos movimentos podem ser combinados (p. ex., erguer a cabeça, balançar o torso, sacudir uma corda pequena repetidas vezes diante do rosto).

Movimentos estereotipados podem ocorrer muitas vezes durante o dia, com duração de alguns segundos a vários minutos, ou mais. A frequência pode variar de diversas ocorrências em um único dia a um intervalo de várias semanas entre os episódios. Os comportamentos variam no contexto, ocorrendo quando a pessoa está envolvida em outras atividades, quando excitada, estressada, cansada ou chateada. O Critério A exige que os movimentos sejam "aparentemente" sem propósito. Todavia, eles podem atender a algumas funções. Por exemplo, podem reduzir a ansiedade em resposta a estressores externos.

O Critério B informa que os movimentos estereotipados interferem em atividades sociais, acadêmicas ou outras e, em certas crianças, podem resultar em autolesão (ou resultariam se medidas de proteção não fossem usadas). Se autolesão estiver presente, ela deve ser codificada usando-se o especificador. O início dos movimentos estereotipados ocorre no início do período de desenvolvimento (Critério C). O Critério D afirma que comportamento repetitivo e estereotipado, no transtorno do movimento estereotipado, não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou a condição neurológica e não é mais bem explicado por outro transtorno do neurodesenvolvimento ou mental. A presença de movimentos estereotipados pode indicar um problema do neurodesenvolvimento não detectado, em especial em crianças entre 1 e 3 anos de idade.

Prevalência

Movimentos estereotipados simples (p. ex., balançar-se) são comuns em crianças pequenas com desenvolvimento típico. Movimentos estereotipados complexos são muito menos comuns (ocorrem em cerca de 3 a 4%). Entre 4 e 16% dos indivíduos com deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) apresentam estereotipias e autolesão. O risco é maior naqueles com deficiência intelectual grave. Entre pessoas com deficiência intelectual institucionalizadas, 10 a 15% podem apresentar transtorno do movimento estereotipado com autolesão.

Desenvolvimento e Curso

Os movimentos estereotipados costumam iniciar-se nos primeiros três anos de vida. Movimentos estereotipados simples são comuns na infância e podem estar envolvidos na aquisição do domínio motor. Em crianças que desenvolvem estereotipias motoras complexas, cerca de 80% exibem sintomas antes dos 24 meses de vida, 12%, entre 24 e 35 meses, e 8%, aos 36 meses ou após. Na maioria das crianças com desenvolvimento típico, esses movimentos desaparecem com o tempo ou podem ser suprimidos. O início das estereotipias motoras complexas pode-se dar na infância ou mais tarde no período do desenvolvimento. Entre indivíduos com deficiência intelectual, comportamentos estereotipados e autolesivos podem persistir durante anos, mesmo que a topografia ou o padrão da autolesão possa mudar.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Isolamento social é um fator de risco para autoestimulação, que pode progredir para movimentos estereotipados, com autolesão repetitiva. Estresse ambiental também pode desencadear comportamento estereotipado. O medo é capaz de alterar o estado fisiológico, resultando em aumento da frequência de comportamentos estereotipados.

Genéticos e fisiológicos. Funcionamento cognitivo inferior está associado a risco maior para comportamentos estereotipados e pior resposta a intervenções. Movimentos estereotipados são mais frequentes entre indivíduos com deficiência intelectual de moderada a grave/profunda, que, devido a alguma síndrome particular (p. ex., síndrome de Rett) ou a fator ambiental (p. ex., um ambiente com estimulação relativamente insuficiente), parecem estar sob maior risco para o aparecimento de estereotipias. Comportamento autolesivo repetitivo pode ser um fenótipo

comportamental em síndromes neurogenéticas. Por exemplo, na síndrome de Lesch-Nyhan, há movimentos distônicos estereotipados e automutilação dos dedos, mordida dos lábios e outras formas de autolesão, a menos que o indivíduo seja contido, e, nas síndromes de Rett e de Cornelia de Lange, a autolesão pode ser consequência de estereotipias mão-boca. Os comportamentos estereotipados podem resultar de alguma condição médica dolorosa (p. ex., infecção no ouvido médio, problemas dentários, refluxo gastroesofágico).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno do movimento estereotipado, com ou sem autolesão, ocorre em todas as raças e culturas. Atitudes culturais voltadas a comportamentos incomuns podem resultar em diagnóstico atrasado. Tolerância e atitudes culturais em relação a movimentos estereotipados variam e devem ser consideradas.

Diagnóstico Diferencial

Desenvolvimento normal. Movimentos estereotipados simples são comuns na primeira infância. Balançar-se pode ocorrer na transição do sono para a vigília, um comportamento que costuma desaparecer com a idade. Estereotipias complexas são menos comuns em crianças com desenvolvimento típico e podem geralmente ser suprimidas por distração ou estimulação sensorial. A rotina diária do indivíduo raramente é afetada, e os movimentos, em geral, não causam sofrimento à criança. O diagnóstico não seria apropriado nessas circunstâncias.

Transtorno do espectro autista. Movimentos estereotipados podem ser um sintoma de apresentação de transtorno do espectro autista e devem ser considerados quando movimentos e comportamentos repetitivos estão sendo avaliados. Déficits na comunicação social e na reciprocidade, que se manifestam no transtorno do espectro autista, costumam estar ausentes no transtorno do movimento estereotipado; assim, interações sociais, comunicação social e comportamentos e interesses repetitivos e rígidos constituem aspectos distintivos. Quando o transtorno do espectro autista está presente, o transtorno do movimento estereotipado somente é diagnosticado quando há autolesão, ou quando os comportamentos estereotipados são suficientemente graves para tornarem-se foco de tratamento.

Transtornos de tique. Tipicamente, as estereotipias têm início em uma idade mais precoce (antes dos 3 anos de idade) na comparação com tiques, que têm idade de início média entre 5 e 7 anos. São consistentes e fixas em seu padrão ou topografia na comparação com os tiques, que são variáveis em sua apresentação. As estereotipias podem envolver braços, mãos ou todo o corpo, ao passo que os tiques costumam envolver os olhos, o rosto, a cabeça e os ombros. As estereotipias são mais fixas, rítmicas e prolongadas em duração do que os tiques, que geralmente são breves, rápidos, aleatórios e flutuantes. Ambos, tiques e movimentos estereotipados, são reduzidos por meio de distração.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Transtorno do movimento estereotipado é diferente de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pela ausência de obsessões, bem como pela natureza dos comportamentos repetitivos. No TOC, o indivíduo sente-se impulsionado a realizar comportamentos repetitivos em resposta a uma obsessão ou em conformidade com regras que precisam ser aplicadas com rigidez, enquanto no transtorno do movimento estereotipado os comportamentos são, aparentemente, dirigidos, mas sem propósito. Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e transtorno de escoriação (*skin-picking*) caracterizam-se por comportamentos repetitivos com foco no corpo (i.e., arrancar cabelos e beliscar a pele), que podem aparentemente ser dirigidos, mas que não parecem sem propósito e que podem não ter padrão ou ritmo. Além disso, o início da tricotilomania e do transtorno de escoriação não costuma ocorrer precocemente no período do desenvolvimento, e sim por volta da puberdade ou mais tarde.

Outras condições neurológicas e médicas. O diagnóstico de movimentos estereotipados exige a exclusão de hábitos, maneirismos, discinesias paroxísticas e coreia hereditária benigna. São necessários história e exame neurológico para avaliar as características sugestivas de outros problemas, tais como mioclonia, distonia, tiques e coreia. Movimentos involuntários associados a uma condição

neurológica podem ser diferenciados por seus sinais e sintomas. Por exemplo, movimentos estereotipados e repetitivos na discinesia tardia podem ser distinguidos por uma história de uso crônico de neurolépticos e por discinesia facial ou oral característica ou movimentos irregulares de tronco ou membros. Esses tipos de movimentos não resultam em autolesão. Um diagnóstico de transtorno do movimento estereotipado não é apropriado para o ato de beliscar ou coçar a pele repetidas vezes associado a intoxicação ou abuso de anfetaminas (p. ex., pacientes são diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por substância/medicamento) e para movimentos coreoatetoides repetitivos associados a outras condições neurológicas.

Comorbidade

O transtorno do movimento estereotipado pode ocorrer como um diagnóstico primário ou secundário a outras condições. Exemplificando, as estereotipias são uma manifestação comum de uma gama de doenças neurogenéticas, como síndrome de Lesch-Nyhan, síndrome de Rett, síndrome do X-frágil, síndrome de Cornelia de Lange e síndrome de Smith-Magenis. Quando o transtorno do movimento estereotipado é comórbido com outra condição médica, ambos devem ser codificados.

Transtornos de Tique

Critérios Diagnósticos

Nota: Um tique é um movimento motor ou vocalização repentino, rápido, recorrente e não ritmado.

Transtorno de Tourette 307.23 (F95.2)

A. Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante o quadro, embora não necessariamente ao mesmo tempo.
B. Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de um ano desde o início do primeiro tique.
C. O início ocorre antes dos 18 anos de idade.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., doença de Huntington, encefalite pós-viral).

Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico) 307.22 (F95.1)

A. Tiques motores ou vocais únicos ou múltiplos estão presentes durante o quadro, embora não ambos.
B. Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de um ano desde o início do primeiro tique.
C. O início ocorre antes dos 18 anos de idade.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., doença de Huntington, encefalite pós-viral).
E. Jamais foram preenchidos critérios para transtorno de Tourette.

Especificar se:

Apenas com tiques motores
Apenas com tiques vocais

Transtorno de Tique Transitório 307.21 (F95.0)

A. Tiques motores e/ou vocais, únicos ou múltiplos.
B. Os tiques estiveram presentes por pelo menos um ano desde o início do primeiro tique.
C. O início ocorre antes dos 18 anos de idade.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., doença de Huntington, encefalite pós-viral).
E. Jamais foram preenchidos critérios para transtorno de Tourette ou transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico).

Especificadores

O especificador "apenas com tiques motores" ou "apenas com tiques vocais" é exigido somente no caso de transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico).

Características Diagnósticas

Os transtornos de tique incluem quatro categorias diagnósticas: transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique transitório, outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado. O diagnóstico para qualquer transtorno de tique baseia-se na presença de tiques motores e/ou vocais (Critério A), na duração dos sintomas dos tiques (Critério B), na idade de início (Critério C) e na ausência de qualquer causa conhecida, como outra condição médica ou uso de substância (Critério D). Os transtornos de tique são hierárquicos em ordem (i.e., transtorno de Tourette, seguido de transtorno de tique motor ou vocal persistente [crônico], seguido de transtorno de tique transitório, seguido de outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado), de modo que, uma vez diagnosticado um transtorno de tique em um nível hierárquico, um diagnóstico hierarquicamente inferior não pode ser feito (Critério E).

Os tiques são movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes e não ritmados. Um indivíduo pode ter vários sintomas de tique ao longo do tempo, mas em qualquer momento o repertório de tiques retorna de uma maneira característica. Embora os tiques possam incluir praticamente qualquer grupo muscular ou vocalização, alguns sintomas de tiques, como piscar os olhos ou limpar a garganta, são comuns entre grupos de pacientes. Os tiques costumam ser vivenciados como involuntários, mas podem ser voluntariamente suprimidos por períodos de tempo variáveis.

Os tiques podem ser simples ou complexos. *Tiques motores simples* têm duração breve (i.e., milissegundos) e podem incluir piscar os olhos, encolher os ombros e estender extremidades. Tiques vocálicos simples incluem limpar a garganta, fungar e produzir sons guturais, frequentemente causados pela contração do diafragma ou dos músculos da orofaringe. *Tiques motores complexos* costumam durar mais tempo (i.e., segundos) e com frequência incluem uma combinação de tiques simples, como viradas simultâneas da cabeça e encolhimento dos ombros. Os tiques complexos podem parecer ter uma finalidade, como um gesto sexual ou obsceno lembrando tique (*copropraxia*) ou imitação dos movimentos de outra pessoa semelhante a tique (*ecopraxia*). De forma semelhante, tiques vocais complexos incluem repetição dos próprios sons ou palavras (*palilalia*), repetição da última palavra ou frase ouvida (*ecolalia*) ou enunciação de palavras socialmente inaceitáveis, incluindo obscenidades ou calúnias étnicas, raciais ou religiosas (*coprolalia*). De modo importante, a coprolalia é uma enunciação abrupta de um ganido ou grunhido, sem a prosódia de uma fala inapropriada similar observada nas interações humanas.

A presença de tiques motores e/ou vocais varia entre os quatro transtornos de tique (Critério A). No caso do transtorno de Tourette, devem estar presentes tiques motores e tiques vocais, ao passo que no transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) estão presentes apenas tiques motores ou apenas tiques vocais. No caso do transtorno de tique transitório, podem estar presentes tiques motores e/ou vocais. Em outro transtorno de tique especificado e em transtorno de tique não especificado, os sintomas de transtornos do movimento são mais bem caracterizados como tiques, embora sejam atípicos na apresentação ou na idade de início ou tenham etiologia conhecida.

O critério de duração de pelo menos um ano (Critério B) garante que pessoas diagnosticadas com transtorno de Tourette ou transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) tenham tido sintomas persistentes. Os tiques aumentam e diminuem em gravidade, e algumas pessoas podem ter períodos livres de tiques durante semanas e até meses; porém, um indivíduo que teve sintomas de tiques por mais de um ano, desde o início do primeiro tique, seria considerado portador de sintomas persistentes, independentemente da duração dos períodos livres de tique. No caso de indivíduos com tiques motores e/ou vocais por menos de um ano desde o início do primeiro tique, um diagnóstico provisório de transtorno de tique pode ser considerado. Não há especificação de duração para outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado. O início dos tiques deve ocorrer antes dos 18 anos de idade (Critério C). Transtornos de tique tipicamente começam no período pré-puberal, com média de idade de início entre 4 e 6

anos e com a incidência de novos casos de transtornos de tique reduzindo na adolescência. O surgimento de sintomas de tique na idade adulta é muito raro e está frequentemente associado a exposição a drogas (p. ex., uso excessivo de cocaína) ou é resultado de uma lesão ao sistema nervoso central (p. ex., encefalite pós-viral). Embora o aparecimento de tiques seja raro em adolescentes e adultos, não é incomum que estes se apresentem para uma avaliação diagnóstica inicial e, quando cuidadosamente avaliados, relatem história de sintomas mais leves com início na infância. O surgimento de movimentos anormais sugestivos de tiques fora da faixa etária habitual deve levar à avaliação de outros transtornos do movimento ou de etiologias específicas.

Sintomas de tique não podem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de alguma substância ou a outra condição médica (Critério D). Havendo evidências sólidas resultantes de história, exame físico e/ou achados laboratoriais sugestivas de uma causa plausível, proximal e provável de transtorno de tique, um diagnóstico de outro transtorno de tique especificado deve ser usado.

O preenchimento anterior de critérios diagnósticos para transtorno de Tourette impede a possibilidade de um diagnóstico de transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) (Critério E). De modo similar, um diagnóstico prévio de transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) impede um diagnóstico de transtorno de tique transitório, outro transtorno de tique especificado ou transtorno de tique não especificado (Critério E).

Prevalência

Tiques são comuns na infância, embora transitórios na maioria dos casos. A prevalência estimada de transtorno de Tourette varia de 3 a 8 a cada 1.000 crianças em idade escolar. O sexo masculino costuma ser mais afetado do que o feminino, com a proporção variando de 2:1 a 4:1. Um levantamento nacional norte-americano estimou como sendo 3 por 1.000 a prevalência de casos clinicamente identificados. A frequência de casos identificados foi mais baixa entre afro-americanos e hispano-americanos, o que pode ter relação com diferenças no acesso a atendimento.

Desenvolvimento e Curso

O início dos tiques ocorre tipicamente entre 4 e 6 anos de idade. O pico da gravidade ocorre entre 10 e 12 anos, com declínio na adolescência. Muitos adultos com transtornos de tique podem ter diminuição dos sintomas. Um percentual pequeno de indivíduos terá sintomas persistentemente graves ou que pioram na vida adulta.

Sintomas de tique manifestam-se de modo similar em todas as faixas etárias e ao longo da vida. Tiques diminuem e aumentam em gravidade, e alteram-se os grupos musculares afetados e as vocalizações com o tempo. Com o passar do tempo, as crianças começam a relatar que os tiques estão associados a alguma sensação premonitória – uma sensação somática que antecede o tique – e uma sensação de redução da tensão após sua ocorrência. Tiques associados a um impulso premonitório podem ser vividos como não totalmente "involuntários", no sentido de que pode haver resistência à sensação e ao tique. Um indivíduo pode também sentir a necessidade de realizar o tique de modo específico, ou repeti-lo, até que tenha a sensação de que o tique saiu "direito".

A vulnerabilidade para o desenvolvimento de comorbidades se modifica à medida que as pessoas passam pelas idades de risco para as várias condições comórbidas. Por exemplo, crianças pré-púberes com transtornos de tique são mais propensas a ter TDAH, TOC e transtorno de ansiedade de separação do que adolescentes e adultos, estes mais propensos a ter o início de um transtorno depressivo maior, transtorno por abuso de substância ou transtorno bipolar.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os tiques pioram com ansiedade, excitação e exaustão, melhorando durante atividades calmas e focadas. Os indivíduos podem ter menos tiques quando envolvidos em trabalhos escolares ou tarefas profissionais do que quando relaxando em casa após a escola ou ao anoitecer. Eventos estressantes/estimulantes (p. ex., fazer um teste, participar de atividades excitantes) costumam piorar os tiques.

Ambientais. Observar um gesto ou som em outra pessoa pode fazer um indivíduo com transtorno de tique realizar um gesto ou som similar, o que pode ser percebido, incorretamente, por outros como algo proposital. Isso pode ser um problema particular quando o indivíduo está interagindo com figuras de autoridade (p. ex., professores, supervisores, policiais).

Genéticos e fisiológicos. Fatores genéticos e ambientais influenciam a expressão e a gravidade dos sintomas de tique. Alelos de risco importantes para o transtorno de Tourette e variantes genéticas raras em famílias com transtornos de tique foram identificados. Complicações obstétricas, idade paterna avançada, baixo peso ao nascer e tabagismo materno durante a gestação estão associados a piora da gravidade dos tiques.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Os transtornos de tique não parecem variar quanto a características clínicas, curso ou etiologia conforme raça, etnia e cultura. Entretanto, raça, etnia e cultura podem ter impacto em como os transtornos são percebidos e manejados na família e na comunidade, bem como influenciar padrões de busca de ajuda e opções de tratamento.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O sexo masculino é mais comumente acometido do que o feminino, embora não existam diferenças de gênero em relação ao tipo de tiques, idade do início ou curso. Mulheres com transtornos de tique persistentes podem ter mais propensão a sofrer de ansiedade e depressão.

Consequências Funcionais dos Transtornos de Tique

Muitos indivíduos com tiques de gravidade leve a moderada não vivenciam sofrimento ou prejuízo no funcionamento e podem, inclusive, não perceber seus tiques. Indivíduos com sintomas mais graves geralmente têm mais prejuízos na vida diária, mas mesmo aqueles com transtornos de tique moderados ou até graves podem funcionar bem. A presença de uma condição comórbida, como TDAH ou TOC, pode causar maior impacto no funcionamento. De modo menos comum, os tiques perturbam o funcionamento nas atividades diárias e resultam em isolamento social, conflitos interpessoais, vitimização pelos pares, incapacidade para o trabalho ou escola e baixa qualidade de vida. O indivíduo pode, ainda, ter sofrimento psicológico substancial. Complicações raras do transtorno de Tourette incluem lesão física, como lesões nos olhos (decorrentes de golpear o próprio rosto), e lesões ortopédicas e neurológicas (p. ex., doença envolvendo discos vertebrais relacionada a movimentos forçados de cabeça e pescoço).

Diagnóstico Diferencial

Movimentos anormais que podem acompanhar outras condições médicas e transtorno do movimento estereotipado. *Estereotipias motoras* são definidas como movimentos involuntários ritmados, repetitivos e previsíveis que parecem ter propósito, embora funcionem sem função adaptativa ou finalidade óbvia e parem mediante alguma distração. Os exemplos incluem abanar/girar as mãos, sacudir os braços e movimentar os dedos repetidamente. Estereotipias motoras podem ser diferenciadas de tiques, com base em sua idade de início mais precoce (antes dos 3 anos), duração prolongada (segundos a minutos), forma e local fixos, constantes e repetitivos, exacerbação quando do envolvimento em atividades, ausência de uma sensação premonitória e interrupção com distrações (p. ex., chamar pelo próprio nome ou tocar). A *coreia* representa ações rápidas, aleatórias, contínuas, repentinas, irregulares, imprevisíveis e não estereotipadas comumente bilaterais e afetando todas as partes do corpo (i.e., rosto, tronco e membros). O momento, a direção e a distribuição dos movimentos variam de um momento para outro, e os movimentos costumam piorar durante tentativa de ação voluntária. A *distonia* é a contratura sustentada e simultânea de músculos agonistas e antagonistas, resultando em postura ou movimentos corporais distorcidos. As posturas distônicas são frequentemente desencadeadas por tentativas de realizar movimentos voluntários e não são observadas durante o sono.

Discinesias induzidas por substância e discinesias paroxísticas. Discinesias paroxísticas normalmente ocorrem como movimentos distônicos ou coreoatetoides, precipitados por movimento ou esforço voluntário, surgindo, mais raramente, de atividade antecedente normal.

Mioclonia. A mioclonia caracteriza-se por um movimento unidirecional repentino, frequentemente não ritmado. Pode piorar devido a movimento e ocorrer durante o sono. A mioclonia é diferente dos tiques por sua rapidez, impossibilidade de supressão e ausência de sensação premonitória.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Diferenciar comportamentos obsessivo-compulsivos de tiques pode ser difícil. Os indicadores que favorecem um comportamento obsessivo-compulsivo incluem um impulso de base cognitiva (p. ex., medo de contaminação) e a necessidade de realizar a ação de modo particular, um determinado número de vezes, igualmente nos dois lados do corpo, ou até que seja conseguida a sensação de que saiu "direito". Problemas de controle de impulsos e outros comportamentos repetitivos, incluindo arrancar cabelos, beliscar a pele e "roer" unhas persistentemente, parecem mais complexos e direcionados a objetivos do que os tiques.

Comorbidade

Muitas condições médicas e psiquiátricas foram descritas como comórbidas com transtornos de tique, sendo TDAH e o transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados particularmente comuns. Os sintomas obsessivo-compulsivos observados no transtorno de tique tendem a ser caracterizados por sintomas de simetria e ordem mais agressivos, bem como por pior resposta à farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Crianças com TDAH podem demonstrar comportamento disruptivo, imaturidade social e dificuldades de aprendizagem capazes de interferir no progresso acadêmico e nas relações interpessoais, levando a prejuízo maior do que o causado por um transtorno de tique. Indivíduos com transtornos de tique podem, ainda, ter outros distúrbios do movimento e transtornos mentais, como transtornos depressivo, bipolar ou por uso de substância.

Outro Transtorno de Tique Especificado

307.20 (F95.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de tique que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para um transtorno de tique ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria outro transtorno de tique especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não safisfaz os critérios para um transtorno de tique ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno de tique especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "com início após os 18 anos de idade").

Transtorno de Tique Não Especificado

307.20 (F95.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de tique que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para um transtorno de tique ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno de tique não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno de tique ou para um transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento

Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado

315.8 (F88)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno do neurodesenvolvimento que causam prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito por meio de registro de "outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "transtorno do neurodesenvolvimento associado com exposição pré-natal ao álcool").

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando a designação "outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado" é o seguinte:

Transtorno do neurodesenvolvimento associado a exposição pré-natal ao álcool: Transtorno do neurodesenvolvimento associado a exposição pré-natal ao álcool é caracterizado por uma gama de problemas de desenvolvimento após exposição intrauterina ao álcool.

Transtorno do Neurodesenvolvimento Não Especificado

315.9 (F89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno do neurodesenvolvimento que causam prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno do neurodesenvolvimento não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Características Essenciais que Definem os Transtornos Psicóticos

Delírios

Os *delírios* são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza). *Delírios persecutórios* (i.e., crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, e assim por diante, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais comuns. *Delírios de referência* (i.e., crença de que alguns gestos, comentários, estímulos ambientais, e assim por diante, são direcionados à própria pessoa) também são comuns. *Delírios de grandeza* (i.e., quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama) e *delírios erotomaníacos* (i.e., quando o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele) são também encontrados. *Delírios niilistas* envolvem a convicção de que ocorrerá uma grande catástrofe, e *delírios somáticos* concentram-se em preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos.

Delírios são considerados *bizarros* se claramente implausíveis e incompreensíveis por outros indivíduos da mesma cultura, não se originando de experiências comuns da vida. Um exemplo de delírio bizarro é a crença de que uma força externa retirou os órgãos internos de uma pessoa, substituindo-os pelos de outra sem deixar feridas ou cicatrizes. Um exemplo de delírio não bizarro é acreditar que a pessoa está sob vigilância da polícia, apesar da falta de evidências convincentes. Os delírios que expressam perda de controle da mente ou do corpo costumam ser considerados bizarros; eles incluem a crença de que os pensamentos da pessoa foram "removidos" por alguma força externa (*retirada de pensamento*), de que pensamentos estranhos foram colocados na mente (*inserção de pensamento*) ou de que o corpo ou as ações do indivíduo estão sendo manipulados por uma força externa (*delírios de controle*). Distinguir um delírio de uma ideia firmemente defendida é algumas vezes difícil e depende, em parte, do grau de convicção com que a crença é defendida apesar de evidências contraditórias claras ou razoáveis acerca de sua veracidade.

Alucinações

Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados. Alucinações auditivas costumam ser vividas como vozes, familiares ou não, percebidas como diferentes dos próprios

pensamentos do indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensório sem alterações; as que ocorrem ao adormecer (*hipnagógicas*) ou ao acordar (*hipnopômpicas*) são consideradas como pertencentes ao âmbito das experiências normais. Em alguns contextos culturais, alucinações podem ser elemento normal de experiências religiosas.

Desorganização do Pensamento (Discurso)

A *desorganização do pensamento* (*transtorno do pensamento formal*) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (*descarrilamento ou afrouxamento das associações*). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (*tangencialidade*). Raras vezes, o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (*incoerência* ou "salada de palavras"). Uma vez que o discurso levemente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva. A gravidade do prejuízo pode ser de difícil avaliação quando a pessoa que faz o diagnóstico vem de um contexto linguístico diferente daquele de quem está sendo examinado. Pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso durante os períodos prodrômicos ou residuais da esquizofrenia.

Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal (Incluindo Catatonia)

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou *anormal* pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento "tolo e pueril" até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas.

Comportamento catatônico é uma redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (*negativismo*), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (*mutismo* e *estupor*). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (*excitação catatônica*). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala. Ainda que a catatonia seja historicamente associada à esquizofrenia, os sintomas catatônicos são inespecíficos, podendo ocorrer em outros transtornos mentais (p. ex., transtornos bipolar ou depressivo com catatonia) e em condições médicas (transtorno catatônico devido a outra condição médica).

Sintomas Negativos

Sintomas negativos respondem por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, embora sejam menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolia. *Expressão emocional diminuída* inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A *avolia* é uma redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e falta de sociabilidade. A *alogia* é manifestada por produção diminuída do discurso. A *anedonia* é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A *falta de sociabilidade* refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais.

Transtornos Neste Capítulo

Este capítulo está organizado com base em um aumento gradual da psicopatologia. Os clínicos devem primeiro analisar as condições que não satisfazem a totalidade dos critérios para cada transtorno psicótico ou que se limitam a um domínio da psicopatologia. Em seguida, devem avaliar as condições limitadas pelo tempo. Por fim, o diagnóstico de um transtorno do espectro da esquizofrenia exige a exclusão de outra condição capaz de originar uma psicose.

O transtorno da personalidade esquizotípica está neste capítulo porque é considerado dentro do espectro da esquizofrenia, embora sua descrição completa seja encontrada no capítulo "Transtornos da Personalidade". O diagnóstico de transtorno da personalidade esquizotípica engloba um padrão global de déficits sociais e interpessoais, incluindo capacidade reduzida para relações próximas, distorções cognitivas e perceptivas e excentricidades comportamentais, frequentemente com início no começo da fase adulta, embora, em certos casos, o início ocorra na infância e na adolescência. Anormalidades de crenças, pensamento e percepção estão abaixo do limiar para o diagnóstico de um transtorno psicótico.

Duas condições são definidas por anormalidades limitadas a um domínio de psicose: delírios ou catatonia. O transtorno delirante caracteriza-se por pelo menos um mês de delírios, ainda que nenhum outro sintoma psicótico esteja presente. A catatonia é descrita mais adiante no capítulo e com mais detalhes nesta discussão.

O transtorno psicótico breve dura mais de um dia e remite em um mês. O transtorno esquizofreniforme caracteriza-se por uma apresentação sintomática equivalente à da esquizofrenia, exceto pela duração (menos de seis meses) e pela ausência de exigência de declínio funcional.

A esquizofrenia dura pelo menos seis meses, incluindo ao menos um mês de sintomas da fase ativa. No transtorno esquizoafetivo, um episódio de humor e sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem concomitantemente, tendo sido antecedidos ou seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor.

Os transtornos psicóticos podem ser induzidos por outra condição. No transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, os sintomas psicóticos são entendidos como consequência fisiológica de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina, cessando após a remoção do agente. No transtorno psicótico devido a outra condição médica, acredita-se que os sintomas psicóticos sejam uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Pode ocorrer catatonia em vários transtornos, incluindo transtorno do neurodesenvolvimento, psicótico, bipolar, depressivo, entre outros. Este capítulo também inclui os diagnósticos de catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia), transtorno catatônico devido a outra condição médica e catatonia não especificada. Os critérios diagnósticos para todas as três condições são descritos em conjunto.

Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado estão inclusos para a classificação de apresentações psicóticas que não atendam aos critérios para qualquer outro transtorno psicótico especificado ou para sintomatologia psicótica sobre a qual há informações inadequadas ou contraditórias.

Avaliação de Sintomas Classificados pelo Clínico e Fenômenos Clínicos Relacionados em Psicoses

Os transtornos psicóticos são heterogêneos, e a gravidade dos sintomas pode prever aspectos importantes da doença, como o grau de déficits cognitivos ou neurobiológicos. Para aperfeiçoamento do campo, uma estrutura detalhada da avaliação da gravidade é parte da Seção III, "Instrumentos de Avaliação", a qual pode ser útil no planejamento do tratamento, no processo decisório do prognóstico e em pesquisas sobre os mecanismos fisiopatológicos. Essa seção contém, ainda, avaliações dimensionais dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, desorganização

do discurso (exceto para transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e transtorno psicótico devido a outra condição médica), comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos, bem como avaliações dimensionais de depressão e mania. A gravidade dos sintomas de humor na psicose tem valor prognóstico e orienta o tratamento. Há cada vez mais evidências de que o transtorno esquizoafetivo não constitui uma categoria nosológica distinta. Assim, avaliações dimensionais de depressão e mania para todos os transtornos psicóticos alertam os clínicos para a patologia do humor e para a necessidade de eventualmente tratar. A escala da Seção III inclui também uma avaliação dimensional de prejuízo cognitivo. Muitos indivíduos com transtornos psicóticos têm prejuízos em uma gama de domínios cognitivos, que são elementos preditivos da condição funcional. Uma avaliação clínica neuropsicológica pode ser útil para orientar o diagnóstico e o tratamento; avaliações breves, no entanto, sem investigação neuropsicológica formal, podem propiciar informações úteis capazes de ser suficientes para fins diagnósticos. Testes neuropsicológicos formais, quando realizados, devem ser administrados e pontuados por pessoal treinado no uso desses instrumentos. Se uma avaliação neuropsicológica formal não for realizada, o clínico deve usar as melhores informações disponíveis para fazer um julgamento. Há necessidade de mais pesquisa sobre essas avaliações para a determinação de sua utilidade clínica; as avaliações disponíveis na Seção III devem, então, funcionar como um protótipo para estimular tais pesquisas.

Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica

Os critérios e o texto para transtorno da personalidade esquizotípica podem ser encontrados no capítulo "Transtornos da Personalidade". Como esse transtorno é considerado parte dos transtornos do espectro da esquizofrenia e é classificado nessa seção da CID-9 e da CID-10 como transtorno esquizotípico, está listado neste capítulo e é discutido detalhadamente no capítulo do DSM-5 sobre "Transtornos da Personalidade".

Transtorno Delirante

Critérios Diagnósticos **297.1 (F22)**

A. A presença de um delírio (ou mais) com duração de um mês ou mais.
B. O Critério A para esquizofrenia jamais foi atendido.
   Nota: Alucinações, quando presentes, não são proeminentes e têm relação com o tema do delírio (p. ex., a sensação de estar infestado de insetos associada a delírios de infestação).
C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de seus desdobramentos, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é claramente bizarro ou esquisito.
D. Se episódios maníacos ou depressivos ocorreram, eles foram breves em comparação com a duração dos períodos delirantes.
E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo.

Determinar o suptipo:

Tipo erotomaníaco: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.

Tipo grandioso: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento (embora não reconhecido), *insight* ou ter feito uma descoberta importante.

Tipo ciumento: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio do indivíduo é o de que o cônjuge ou parceiro é infiel.

Tipo persecutório: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve a crença de que o próprio indivíduo está sendo vítima de conspiração, enganado, espionado, perseguido, envenenado ou drogado, difamado maliciosamente, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo.

Tipo somático: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais.
Tipo misto: Esse subtipo aplica-se quando não há um tema delirante predominante.
Tipo não especificado: Esse subtipo aplica-se quando a crença delirante dominante não pode ser determinada com clareza ou não está descrita nos tipos específicos (p. ex., delírios referenciais sem um componente persecutório ou grandioso proeminente).

Especificar se:

Com conteúdo bizarro: Os delírios são considerados bizarros se são claramente implausíveis, incompreensíveis e não originados de experiências comuns da vida (p. ex., a crença de um indivíduo de que um estranho retirou seus órgãos internos, substituindo-os pelos de outro sem deixar feridas ou cicatrizes).

Especificar se:

Os especificadores de curso a seguir devem ser usados somente após um ano de duração do transtorno:
Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: Primeira manifestação do transtorno preenchendo os sintomas diagnósticos definidores e o critério de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que são satisfeitos os critérios de sintomas.
Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: *Remissão parcial* é o período de tempo durante o qual uma melhora após um episódio prévio é mantida e em que os critérios definidores do transtorno estão preenchidos apenas parcialmente.
Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: *Remissão completa* é um período de tempo após episódio prévio durante o qual não estão presentes sintomas específicos do transtorno.
Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo
Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial
Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa
Contínuo: Os sintomas que satisfazem os critérios para o diagnóstico do transtorno persistem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas abaixo do limiar muito breves em relação ao curso geral.
Não especificado

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais graves nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)
Nota: O diagnóstico de transtorno delirante pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Subtipos

No *tipo erotomaníaco*, o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo. A pessoa em relação à qual há tal convicção costuma ter condição superior (p. ex., alguém famoso ou em cargo superior no trabalho), embora possa ser um completo estranho. Tentativas de contato com o objeto do delírio são comuns. No *tipo grandioso*, o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento ou conhecimento ou de ter feito alguma descoberta importante. Menos comum, a pessoa pode ter o delírio de manter uma relação especial com alguém renomado ou de ser uma pessoa famosa (caso em que o indivíduo verdadeiro pode ser visto como impostor). Delírios grandiosos podem ter conteúdo religioso. No *tipo ciumento*, o tema central do delírio é ter um parceiro infiel. Essa crença é injustificada e está baseada em inferências incorretas apoiadas por pequenas "evidências" (p. ex., roupas desalinhadas). A pessoa com o delírio costuma confrontar o cônjuge ou o parceiro e tenta intervir na infidelidade imaginada. No *tipo persecutório*, o tema central do delírio envolve a crença de que o próprio indivíduo está sendo

vítima de conspiração, enganado, espionado, perseguido, envenenado ou drogado, difamado maliciosamente, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo. Pequenas descortesias podem ser exageradas, tornando-se foco de um sistema delirante. O indivíduo afetado pode se envolver em tentativas repetidas de conseguir satisfação por alguma ação legal ou legislativa. Pessoas com delírios persecutórios costumam ser ressentidas e enraivecidas, podendo até recorrer à violência contra aqueles que, em sua opinião, lhe causam danos. No *tipo somático*, o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais. Podem ocorrer delírios somáticos de várias formas. Mais comum é a crença de que a pessoa emite odor desagradável, de existir uma infestação de insetos na pele ou sob ela, de haver um parasita interno, de que certas partes do corpo estão deformadas ou feias ou de que essas partes não estão funcionando.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno delirante é a presença de um ou mais delírios que persistem por pelo menos um mês (Critério A). Não é feito o diagnóstico de transtorno delirante se o indivíduo alguma vez teve apresentação de sintomas que satisfaçam o Critério A para esquizofrenia (Critério B). Independentemente do impacto direto dos delírios, prejuízos no funcionamento psicossocial podem estar mais circunscritos que os encontrados em outros transtornos psicóticos como a esquizofrenia, e o comportamento não é claramente bizarro ou esquisito (Critério C). Se ocorrerem episódios de humor concomitantemente com os delírios, sua duração total é breve em relação à duração total dos períodos delirantes (Critério D). Os delírios não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., doença de Alzheimer), não sendo mais bem explicados por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo (Critério E).

Além das cinco áreas de domínios de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, é fundamental a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Problemas sociais, conjugais ou profissionais podem ser consequências de crenças ou transtorno delirante. Indivíduos com transtorno delirante podem ser capazes de descrever, de forma factual, que outras pessoas veem suas crenças como irracionais; são incapazes, no entanto, de aceitar isso (i.e., pode existir "*insight* dos fatos", mas não um *insight* verdadeiro). Muitos indivíduos desenvolvem humor irritável ou disfórico, que costuma ser compreendido como uma reação às suas crenças delirantes. Raiva e comportamento violento podem ocorrer com os tipos persecutório, ciumento e erotomaníaco. A pessoa pode se envolver em comportamento litigioso ou antagonista (p. ex., envio de centenas de cartas de protesto ao governo). Podem ocorrer dificuldades legais especialmente nos tipos ciumento e erotomaníaco.

Prevalência

A prevalência ao longo da vida de um transtorno delirante foi estimada em 0,2%, e o subtipo mais frequente é o persecutório. O transtorno delirante do tipo ciumento é provavelmente mais comum em indivíduos do sexo masculino do que nos do feminino, embora não haja grandes diferenças de gênero na frequência geral do transtorno delirante.

Desenvolvimento e Curso

Em média, a função global é geralmente melhor que a observada na esquizofrenia. Embora o diagnóstico costume ser estável, parte das pessoas evolui no sentido de desenvolver esquizofre-

nia. O transtorno delirante tem uma relação familiar significativa com a esquizofrenia e o transtorno da personalidade esquizotípica. Embora possa ocorrer em grupos mais jovens, a condição pode ser mais prevalente em indivíduos mais velhos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Antecedentes culturais e religiosos individuais devem ser levados em conta na avaliação de possível presença de transtorno delirante. O conteúdo dos delírios também varia conforme os contextos culturais.

Consequências Funcionais do Transtorno Delirante

O prejuízo funcional costuma ser mais circunscrito que o encontrado em outros transtornos psicóticos, ainda que possa ser substancial em alguns casos, incluindo funcionamento profissional insatisfatório e isolamento social. Quando está presente funcionamento psicossocial insatisfatório, as próprias crenças delirantes costumam ter papel importante. Uma característica comum dos indivíduos com transtorno delirante é a aparente normalidade de seu comportamento e aparência quando não estão sendo discutidas ou acionadas suas ideias delirantes.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Se um indivíduo com transtorno obsessivo-compulsivo está totalmente convencido da veracidade das crenças de seu transtorno, o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, com o especificador com *insight* ausente/crenças delirantes, deve ser feito, em vez do diagnóstico de transtorno delirante. Da mesma forma, se uma pessoa com transtorno dismórfico corporal está totalmente convencida da veracidade das crenças de seu transtorno, deve ser feito o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal, com especificador com *insight* ausente/crenças delirantes, em vez de transtorno delirante.

***Delirium*, transtorno neurocognitivo maior, transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.** Pessoas com esses transtornos podem apresentar sintomas sugestivos de transtorno delirante. Por exemplo, delírios persecutórios simples, no contexto de transtorno neurocognitivo maior, seriam diagnosticados como transtorno neurocognitivo maior com perturbações comportamentais. Um delírio psicótico induzido por substância/medicamento pode, em uma observação transversal, ter sintomatologia idêntica ao transtorno delirante, mas pode ser diferenciado pela relação cronológica do uso da substância com o aparecimento e a remissão das crenças delirantes.

Esquizofrenia e transtorno esquizofreniforme. Pode-se diferenciar transtorno delirante de esquizofrenia e de transtorno esquizofreniforme pela ausência dos demais sintomas característicos da fase ativa da esquizofrenia.

Transtornos depressivo e bipolar e transtorno esquizoafetivo. Esses transtornos podem ser diferenciados do transtorno delirante pela relação temporal entre a perturbação do humor e os delírios e pela gravidade dos sintomas de humor. Quando os delírios ocorrem exclusivamente durante os episódios de humor, o diagnóstico é transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas. Os sintomas de humor que satisfazem todos os critérios de um episódio de humor podem estar sobrepostos ao transtorno delirante. Este só pode ser diagnosticado se a duração de todos os episódios de humor permanece curta em relação à duração total da perturbação delirante. Caso contrário, é mais apropriado um diagnóstico de outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou de transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado acompanhado por outro transtorno depressivo especificado, transtorno depressivo não especificado, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado.

Transtorno Psicótico Breve

Critérios Diagnósticos **298.8 (F23)**

A. Presença de um (ou mais) dos sintomas a seguir. Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado (p. ex., descarrilamento ou incoerência frequentes).
   4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.

   Nota: Não incluir um sintoma que seja um padrão de resposta culturalmente aceito.

B. A duração de um episódio da perturbação é de, pelo menos, um dia, mas inferior a um mês, com eventual retorno completo a um nível de funcionamento pré-mórbido.

C. A perturbação não é mais bem explicada por transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas, por outro transtorno psicótico como esquizofrenia ou catatonia, nem se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com estressor(es) evidente(s): (psicose reativa breve): Se os sintomas ocorrem em resposta a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam notadamente estressantes a quase todos os indivíduos daquela cultura em circunstâncias similares.

Sem estressor(es) evidente(s): Se os sintomas não ocorrem em resposta a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam notadamente estressantes a quase todos os indivíduos daquela cultura em circunstâncias similares.

Com início no pós-parto: Se o início é durante a gestação ou em quatro semanas após o parto.

Especificar se:

Com catatonia (consultar os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 119-120, para definição)

Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1) de catatonia associado ao transtorno psicótico breve para indicar a presença da comorbidade com catatonia.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um deles pode ser classificado pela gravidade do momento (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação.")

Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico breve pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno psicótico breve consiste em uma perturbação que envolve o aparecimento repentino de pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado (p. ex., descarrilamento ou incoerência frequente) ou comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia (Critério A). *Início súbito* é definido como uma mudança de um estado não psicótico para um estado claramente psicótico em duas semanas, geralmente sem um pródromo. Um episódio da perturbação tem duração mínima de um dia, ainda que inferior a um mês, e a pessoa eventualmente tem um retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido (Critério B). A perturbação não é mais bem explicada por transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas, por transtorno esquizoafetivo ou por esquizofrenia, nem atribuível aos efeitos fisiológicos de

uma substância (p. ex., um alucinógeno) ou a outra condição médica (p. ex., hematoma subdural) (Critério C).

Além das cinco áreas de domínio dos sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania é fundamental para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Pessoas com transtorno psicótico breve costumam vivenciar turbulência emocional ou grande confusão. Podem apresentar mudanças rápidas de um afeto intenso a outro. Ainda que a perturbação seja breve, o nível de prejuízo pode ser grave, podendo haver necessidade de supervisão para garantir o atendimento às necessidades nutricionais e higiênicas e para que a pessoa fique protegida das consequências de julgamento insatisfatório, prejuízo cognitivo ou atos baseados em delírios. Parece haver risco aumentado de comportamento suicida, particularmente durante o episódio agudo.

Prevalência

O transtorno psicótico breve, nos Estados Unidos, pode responder por 9% dos casos de primeiro surto psicótico. As perturbações psicóticas que atendem aos Critérios A e C, mas não ao Critério B, para transtorno psicótico breve (i.e., a duração dos sintomas ativos é de 1 a 6 meses em oposição à remissão em 1 mês) são mais comuns em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. O transtorno psicótico breve é duas vezes mais comum no sexo feminino do que no masculino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno psicótico breve pode aparecer na adolescência e no início da fase adulta, podendo ocorrer durante a vida toda, com idade média de início situando-se aos 30 anos. Por definição, um diagnóstico de transtorno psicótico breve exige remissão completa de todos os sintomas e eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido em um mês do aparecimento da perturbação. Em algumas pessoas, a duração dos sintomas psicóticos pode ser muito breve (p. ex., alguns dias).

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Transtornos e traços de personalidade preexistentes (p. ex., transtorno da personalidade esquizotípica, transtorno da personalidade *borderline* ou traços de psicoticismo, como desregulação perceptiva, e no domínio da afetividade negativa, como desconfiança) podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento do transtorno.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

É importante distinguir sintomas do transtorno psicótico breve dos padrões de resposta culturalmente aceitos. Por exemplo, em algumas cerimônias religiosas, uma pessoa pode relatar ouvir vozes, mas em geral elas não persistem e não são percebidas como anormais pela maioria dos membros da comunidade. Além disso, antecedentes culturais e religiosos devem ser levados em conta quando se considera se as crenças são delirantes.

Consequências Funcionais do Transtorno Psicótico Breve

Apesar das elevadas taxas de recaída, para a maioria das pessoas, o desfecho é excelente em termos de funcionamento social e sintomatologia.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Uma variedade de distúrbio médicos pode se manifestar com sintomas psicóticos de breve duração. Transtorno psicótico devido a outra condição médica ou a *delirium* é diagnosticado quando há evidências oriundas da história, do exame físico ou dos testes laboratoriais que demonstram que os delírios ou as alucinações são consequência fisiológica direta de determinada condição médica (p. ex., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (ver "Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica" mais adiante neste capítulo).

Transtornos relacionados a substâncias. Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, *delirium* induzido por substância e intoxicação por substância são diferentes do transtorno psicótico breve pelo fato de que uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada aos sintomas psicóticos (ver "Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento" mais adiante neste capítulo). Exames laboratoriais, como detecção de drogas na urina ou nível de álcool no sangue, podem ser úteis para o julgamento clínico, da mesma forma que uma história criteriosa do uso de substância, com atenção às relações temporais entre a ingestão da substância e o aparecimento dos sintomas e à natureza da substância que está sendo usada.

Transtornos depressivo e bipolar. O diagnóstico de transtorno psicótico breve não pode ser feito se os sintomas psicóticos são mais bem explicados por um episódio de humor (i.e., os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo maior, maníaco ou misto pleno).

Outros transtornos psicóticos. Se os sintomas psicóticos persistirem por um mês ou mais, o diagnóstico é de transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, transtorno depressivo com características psicóticas, transtorno bipolar com características psicóticos, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado, dependendo dos outros sintomas na apresentação. O diagnóstico diferencial entre transtorno psicótico breve e transtorno esquizofreniforme é difícil quando os sintomas psicóticos entraram em remissão antes de completar um mês em resposta a um tratamento medicamentoso bem-sucedido. Deve ser dada atenção à possibilidade de que um transtorno recorrente (p. ex., transtorno bipolar, exacerbações agudas recorrentes da esquizofrenia) seja responsável por quaisquer episódios psicóticos recorrentes.

Transtornos factício ou simulação. Um episódio de transtorno factício, com predominância de sinais e sintomas psicológicos, pode parecer um transtorno psicótico breve; todavia, em casos assim, há evidências de que os sintomas foram produzidos de forma intencional. Quando a simulação envolve sintomas aparentemente psicóticos, costuma haver evidência de que a doença está sendo simulada em prol de um objetivo compreensível.

Transtornos da personalidade. Em determinados indivíduos com transtornos da personalidade, estressores psicossociais podem precipitar períodos breves de sintomas psicóticos. Esses sintomas são geralmente transitórios e não justificam um diagnóstico separado. Se os sintomas psicóticos persistirem por pelo menos um dia, pode ser apropriado um diagnóstico adicional de transtorno psicótico breve.

Transtorno Esquizofreniforme

Critérios Diagnósticos **295.40 (F20.81)**

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.

3. Discurso desorganizado (p. ex., descarrilamento ou incoerência frequentes).
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

B. Um episódio do transtorno que dura pelo menos um mês, mas menos do que seis meses. Quando deve ser feito um diagnóstico sem aguardar a recuperação, ele deve ser qualificado como "provisório".

C. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas foram descartados porque 1) nenhum episódio depressivo maior ou maníaco ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa ou 2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, estiveram presentes pela menor parte da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

Especificar se:

Com características de bom prognóstico: Esse especificador exige a presença de pelo menos duas das seguintes características: início de sintomas psicóticos proeminentes em quatro semanas da primeira mudança percebida no comportamento ou funcionamento habitual; confusão ou perplexidade; bom funcionamento social e profissional pré-mórbido; ausência de afeto embotado ou plano.
Sem características de bom prognóstico: Esse especificador é aplicado se duas ou mais entre as características anteriores não estiveram presentes.

Especificar se:

Com catatonia (consultar os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 119-120, para definição)

Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1) de catatonia associado ao transtorno esquizofreniforme para indicar a presença da comorbidade com catatonia.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, desorganização do discurso, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)

Nota: O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Nota: Para mais informações sobre Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico, Desenvolvimento e Curso (fatores relacionados à idade), Questões Diagnósticas Relativas à Cultura, Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero, Diagnóstico Diferencial e Comorbidade, ver as seções correspondentes em esquizofrenia.

Características Diagnósticas

Os sintomas característicos do transtorno esquizofreniforme são idênticos aos da esquizofrenia (Critério A). O transtorno esquizofreniforme se distingue por sua diferença na duração: a duração total da doença, incluindo as fases prodrômica, ativa e residual, é de pelo menos um mês, mas inferior a seis meses (Critério B). A exigência de duração para transtorno esquizofreniforme é intermediária entre aquela para transtorno psicótico breve, que dura mais de um dia e remite em um mês, e aquela para esquizofrenia, que dura pelo menos seis meses. O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme é feito em duas condições: 1) quando um episódio da doença dura entre 1 e 6 meses, e a pessoa já se recuperou; 2) quando um indivíduo está sintomático por menos de seis meses, tempo necessário para o diagnóstico de esquizofrenia, mas ainda não se recuperou. Nesse caso, o diagnóstico deve ser registrado como "transtorno esquizofreniforme (provisório)", porque

ainda não há certeza se o indivíduo irá se recuperar da perturbação no período de seis meses. Se a perturbação persistir por mais de seis meses, o diagnóstico deve ser mudado para esquizofrenia.

Outra característica distintiva do transtorno esquizofreniforme é a falta de um critério que exija funcionamento social e profissional prejudicado. Apesar de tais prejuízos poderem potencialmente estar presentes, eles não são necessários para um diagnóstico de transtorno esquizofreniforme.

Além das cinco áreas de domínio sintomático identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação de sintomas nos domínios cognição, depressão e mania é fundamental para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Como na esquizofrenia, não existem atualmente exames laboratoriais ou testes psicométricos para o transtorno esquizofreniforme. Há múltiplas regiões cerebrais em que as pesquisas de neuroimagem, neuropatologia e neurofisiologia indicam anormalidades, mas nada que seja diagnóstico.

Prevalência

A incidência do transtorno esquizofreniforme em diferentes contextos socioculturais é provavelmente similar à observada na esquizofrenia. Nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, a incidência é baixa, possivelmente cinco vezes menor que a da esquizofrenia. Nos países em desenvolvimento, a incidência pode ser maior, em especial para o especificador "com características de bom prognóstico"; em alguns desses contextos, o transtorno esquizofreniforme pode ser tão comum quanto a esquizofrenia.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento do transtorno esquizofreniforme assemelha-se ao da esquizofrenia. Cerca de um terço dos indivíduos com diagnóstico inicial de transtorno esquizofreniforme (provisório) recupera-se em seis meses, e o transtorno esquizofreniforme é seu diagnóstico final. A maioria dos dois terços restantes irá eventualmente receber um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Familiares de pessoas com transtorno esquizofreniforme têm risco aumentado de desenvolver esquizofrenia.

Consequências Funcionais do Transtorno Esquizofreniforme

Para a maioria das pessoas com transtorno esquizofreniforme que por fim recebem um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, as consequências funcionais são semelhantes às destes transtornos. A maioria das pessoas tem disfunção em várias áreas do funcionamento diário, como escola ou trabalho, relações interpessoais e autocuidado. Indivíduos que se recuperam do transtorno esquizofreniforme têm melhor evolução funcional.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas. Uma ampla variedade de transtornos mentais e condições médicas pode se manifestar com sintomas psicóticos que precisam ser levados em consideração no diagnóstico diferencial de transtorno esquizofreniforme, como transtorno psicótico devido a outra condição médica ou seu tratamento; *delirium* ou transtorno neurocognitivo maior; transtorno psicótico induzido por substância/medicamento ou *delirium*; transtorno

depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas; transtorno esquizoafetivo; outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado; transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características catatônicas; esquizofrenia; transtorno psicótico breve; transtorno delirante; outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado; transtornos da personalidade esquizotípica, esquizoide ou paranoide; transtorno do espectro autista; transtornos que se apresentam na infância com discurso desorganizado; transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático; e lesão cerebral traumática.

Uma vez que os critérios diagnósticos para transtorno esquizofreniforme e esquizofrenia diferem principalmente na duração da doença, a discussão do diagnóstico diferencial de esquizofrenia aplica-se também ao transtorno esquizofreniforme.

Transtorno psicótico breve. O transtorno esquizofreniforme difere em relação à duração do transtorno psicótico breve, que dura menos de um mês.

Esquizofrenia

Critérios Diagnósticos **295.90 (F20.9)**

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado.
   4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
   5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Especificar se:

Os especificadores de curso a seguir devem somente ser usados após um ano de duração do transtorno e se não estiverem em contradição com os critérios de curso diagnóstico.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: A primeira manifestação do transtorno atende aos sintomas diagnósticos definidos e ao critério de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que são satisfeitos os critérios de sintomas.
Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: *Remissão parcial* é um período de tempo durante o qual é mantida uma melhora após um episódio anterior e em que os critérios definidores do transtorno são atendidos apenas em parte.
Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: *Remissão completa* é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não estão presentes sintomas específicos do transtorno.
Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo: Múltiplos episódios podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (i.e., após um primeiro episódio, uma remissão e pelo menos uma recaída).
Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial
Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa
Contínuo: Os sintomas que atendem aos critérios de sintomas diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas em nível subclínico muito breves em relação ao curso geral.
Não especificado

Especificar se:

Com catatonia (consultar os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 119-120, para definição)

Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1) de catatonia associada a esquizofrenia para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, desorganização do discurso, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)

Nota: O diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Características Diagnósticas

Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomônico do transtorno. O diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado. Indivíduos com o transtorno apresentarão variações substanciais na maior parte das características, uma vez que a esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea.

Pelo menos dois sintomas do Critério A devem estar presentes durante parte significativa do tempo em um mês ou mais. Pelo menos um desses sintomas deve ser a presença clara de delírios (Critério A1), alucinações (Critério A2) ou discurso desorganizado (Critério A3). Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico (Critério A4) e sintomas negativos (Critério A5) podem também estar presentes. Nas situações em que ocorre remissão dos sintomas da fase ativa em um mês em resposta ao tratamento, o Critério A ainda é satisfeito se o médico avalia que eles teriam persistido na ausência de tratamento.

A esquizofrenia envolve prejuízo em uma ou mais das principais áreas do funcionamento (Critério B). Se a perturbação iniciar na infância ou na adolescência, o nível esperado de funcionamento não é alcançado. A comparação do indivíduo com os irmãos não afetados pode ajudar. A disfunção persiste por período substancial durante o curso do transtorno e não parece ser um resultado direto de uma única característica. A avolia (i.e., disposição reduzida para manter comportamento voltado a metas; Critério A5) está ligada à disfunção social descrita no Critério B. Há também fortes evi-

dências de relação entre prejuízo cognitivo (ver a seção "Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico" para esse transtorno) e prejuízo funcional em indivíduos com esquizofrenia.

Alguns sinais da perturbação devem persistir por um período contínuo de pelo menos seis meses (Critério C). Sintomas prodrômicos costumam anteceder a fase ativa, e os sintomas residuais podem segui-la, caracterizados por formas leves ou em níveis subclínicos de alucinações ou delírios. Os indivíduos podem manifestar uma variedade de crenças incomuns ou estranhas que não sejam de proporções delirantes (p. ex., ideias de referência ou pensamento mágico); podem ter experiências perceptivas raras (p. ex., sentir a presença de uma pessoa invisível); seu discurso pode ser, em geral, compreensível, porém vago; seu comportamento pode ser incomum, mas não grosseiramente desorganizado (p. ex., murmurar em público). Sintomas negativos são comuns nas fases prodrômica e residual, podendo ser graves. Indivíduos que eram socialmente ativos podem ficar retraídos em relação a rotinas anteriores. Esses comportamentos são frequentemente o primeiro sinal de um transtorno.

Sintomas de humor e episódios completos de humor são comuns na esquizofrenia e podem ocorrer concomitantemente com a sintomatologia da fase ativa. Porém, como diferença do transtorno do humor psicótico, um diagnóstico de esquizofrenia exige a presença de delírios ou alucinações na ausência de episódios de humor. Além disso, episódios de humor, tomados em sua totalidade, devem estar presentes por somente uma parte mínima da duração total do período ativo e residual da doença.

Além das cinco áreas de domínio dos sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania é crucial para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com esquizofrenia podem exibir afeto inadequado (p. ex., rir na ausência de um estímulo apropriado); humor disfórico que pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva; padrão de sono perturbado (p. ex., sono durante o dia e atividade durante a noite); e falta de interesse em alimentar-se ou recusa da comida. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e por vezes atingem proporções delirantes. Ansiedade e fobias são comuns. Déficits cognitivos na esquizofrenia são comuns e fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais. Esses déficits podem incluir diminuições na memória declarativa, na memória de trabalho, na função da linguagem e em outras funções executivas, bem como velocidade de processamento mais lenta. Anormalidades no processamento sensorial e na capacidade de inibitória, bem como redução na atenção, são também encontradas. Alguns indivíduos com esquizofrenia mostram déficits na cognição social, incluindo déficits na capacidade de inferir as intenções dos outros (teoria da mente), podendo atender a eventos ou estímulos irrelevantes e depois interpretá-los como significativos, talvez levando à geração de delírios explanatórios. Esses prejuízos costumam persistir durante a remissão dos sintomas.

Alguns indivíduos com psicose podem carecer de *insight* ou consciência de seu transtorno (i.e., anosognosia). Essa falta de *insight* inclui não perceber os sintomas de esquizofrenia, podendo estar presente em todo o curso da doença. Não perceber a doença costuma ser um sintoma da própria esquizofrenia em vez de uma estratégia de enfrentamento. É comparável à falta de percepção de déficits neurológicos após dano cerebral, chamada de *anosognosia*. Esse sintoma é o mais comum preditor de não adesão ao tratamento e prevê elevadas taxas de recaída, aumento no número de tratamentos involuntários, funcionamento psicossocial mais pobre, agressão e um curso mais pobre da doença.

Hostilidade e agressão podem estar associadas a esquizofrenia, embora agressão espontânea ou aleatória não seja comum. A agressão é mais frequente em indivíduos do sexo masculino mais jovens e em pessoas com história anterior de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substância e impulsividade. Deve-se observar que a grande maioria das pessoas com esquizofrenia não é agressiva, sendo, com mais frequência, mais vitimizada que aquelas na população em geral.

Atualmente não há exames laboratoriais, radiológicos ou testes psicométricos para o transtorno. As diferenças são claras em múltiplas regiões do cérebro entre grupos de pessoas saudáveis e pessoas com esquizofrenia, incluindo evidências de estudos por neuroimagem, neuropatologia e neuro-

fisiologia. Diferenças ficam também evidentes na arquitetura celular, na conectividade da substância branca e no volume da substância cinzenta em uma variedade de regiões, como os córtices pré-frontal e temporal. É observada redução no volume cerebral total, bem como aumento da redução de volume com o envelhecimento. Reduções do volume cerebral com o envelhecimento são mais pronunciadas em pessoas com esquizofrenia do que em indivíduos saudáveis. Por fim, pessoas com a doença parecem diferir daquelas sem o transtorno em índices eletrofisiológicos e de *eye-tracking*.

Sinais neurológicos leves em indivíduos com esquizofrenia incluem prejuízos na coordenação motora, na integração sensorial e no sequenciamento motor de movimentos complexos, confusão esquerda-direita e desinibição de movimentos associados. Além disso, podem ocorrer anomalias físicas leves da face e dos membros.

Prevalência

A prevalência da esquizofrenia ao longo da vida parece ser de 0,3 a 0,7%, embora haja relato de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica para imigrantes e filhos de imigrantes. A proporção entre os sexos difere em amostras e populações: por exemplo, ênfase em sintomas negativos e duração maior do transtorno (associada a pior prognóstico) demonstram taxas mais elevadas de incidência nos indivíduos do sexo masculino, ao passo que definições que possibilitam a inclusão de mais sintomas de humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos.

Desenvolvimento e Curso

As características psicóticas da esquizofrenia costumam surgir entre o fim da adolescência e meados dos 30 anos; início antes da adolescência é raro. A idade de pico do início do primeiro episódio psicótico é entre o início e a metade da faixa dos 20 anos para o sexo masculino e fim dos 20 anos para o feminino. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradativo de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes. Metade dessas pessoas queixa-se de sintomas depressivos. Idade mais precoce de início é tradicionalmente vista como preditor de pior prognóstico. O efeito da idade de início do transtorno, todavia, possivelmente tem relação com o gênero, com os indivíduos do sexo masculino apresentando adaptação pré-mórbida pior, rendimento escolar mais baixo, sintomas negativos e prejuízo cognitivo mais proeminentes, além de, em geral, terem um prognóstico pior. Prejuízo cognitivo é comum, e alterações na cognição estão presentes durante o desenvolvimento, antecedendo o aparecimento de psicose e assumindo a forma de prejuízos cognitivos estáveis na vida adulta. Prejuízos cognitivos podem persistir quando outros sintomas estão em remissão, contribuindo para a incapacidade relacionada à doença.

Os elementos preditivos do curso e da evolução permanecem, em grande parte, sem explicação, e curso e evolução podem não ser preditos de maneira confiável. O curso parece favorável em cerca de 20% das pessoas com esquizofrenia, e um número pequeno de indivíduos é referido como tendo obtido recuperação completa. A maioria dos indivíduos com esquizofrenia, entretanto, ainda necessita de apoio formal ou informal na vida cotidiana. Muitos permanecem cronicamente doentes, com exacerbações e remissões de sintomas da fase ativa, ao passo que outros têm um curso com deterioração progressiva.

Os sintomas psicóticos tendem a diminuir ao longo da vida, talvez em associação ao declínio normal na atividade dopaminérgica relacionada ao envelhecimento. Os sintomas negativos têm relação mais íntima com o prognóstico do que os positivos, tendendo a ser mais persistentes. Além disso, déficits cognitivos associados à doença podem não melhorar ao longo do seu curso.

As características essenciais da esquizofrenia tendem a ser as mesmas na infância, ainda que seja mais difícil fazer o diagnóstico. Nas crianças, delírios e alucinações podem ser menos elaborados do que nos adultos, e alucinações visuais são mais comuns, devendo ser diferenciadas dos jogos de fantasia normais. Discurso desorganizado ocorre em muitos transtornos que começam

na infância (p. ex., transtorno do espectro autista), da mesma forma que comportamento desorganizado (p. ex., transtorno de déficit de atenção/hiperatividade). Esses sintomas não devem ser atribuídos à esquizofrenia sem a devida consideração dos transtornos mais comuns na infância. Casos com início na infância tendem a se assemelhar a casos com evolução ruim em adultos, com início gradual e sintomas negativos proeminentes. Crianças que mais tarde recebem o diagnóstico de esquizofrenia são mais propensas a ter sofrido perturbações e psicopatologia emocionais e/ou comportamentais não especificadas, alterações intelectuais e na linguagem e atrasos motores sutis.

Casos com início tardio (i.e., após os 40 anos de idade) são mais comuns nas mulheres, que podem ter casado. Frequentemente, o curso caracteriza-se por predominância de sintomas psicóticos com preservação do afeto e do funcionamento social. Esses casos de início tardio podem satisfazer os critérios diagnósticos para esquizofrenia, mas ainda não está claro se essa é a mesma condição da esquizofrenia diagnosticada antes da meia-idade (p. ex., antes dos 55 anos).

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A estação do ano no nascimento é associada à incidência da esquizofrenia, incluindo fim do inverno/início da primavera em alguns locais e verão para a forma da doença com déficits. A incidência de esquizofrenia e transtornos relacionados é mais alta em crianças que crescem em ambiente urbano e em alguns grupos étnicos minoritários.

Genéticos e fisiológicos. Existe forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos com diagnóstico do transtorno não tenha história familiar de psicose. Essa tendência é atribuída a um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada um contribuindo somente com uma pequena parcela para a variância total da população. Os alelos de risco identificados até agora são também associados a outros transtornos mentais, incluindo transtorno bipolar, depressão e transtorno do espectro autista.

Complicações na gestação e no nascimento, com hipoxia, e idade avançada dos pais estão associadas a maior risco de esquizofrenia para o feto. Além disso, outras adversidades no pré-natal e no perinatal, incluindo estresse, infecções, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas, têm ligação com a esquizofrenia. A grande maioria dos bebês com esses fatores de risco, entretanto, não desenvolve a doença.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Fatores socioeconômicos e culturais devem ser considerados, em especial quando o indivíduo e o clínico não têm os mesmos antecedentes culturais e socioeconômicos. Ideias que parecem delirantes em uma cultura (p. ex., bruxaria) podem ser comuns em outra. Em algumas culturas, alucinações visuais e auditivas com conteúdo religioso (p. ex., ouvir a voz de Deus) são elementos normais das experiências religiosas. Além disso, a avaliação do discurso desorganizado pode ser difícil devido a variações linguísticas em estilos narrativos nas várias culturas. A avaliação do afeto demanda sensibilidade a diferenças em estilos de expressão emocional, contato visual e linguagem corporal, elementos que variam entre culturas. Se a avaliação é feita em um idioma diferente da língua materna do indivíduo, deve-se ter cuidado para garantir que a alogia não tenha relação com barreiras linguísticas. Em algumas culturas, o sofrimento pode assumir a forma de alucinações ou pseudoalucinações e ideias supervalorizadas que podem se apresentar clinicamente similares à psicose verdadeira, mas são normais ao subgrupo do paciente.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Numerosas características distinguem a expressão clínica da esquizofrenia em indivíduos do sexo feminino e em indivíduos do sexo masculino. A incidência geral da doença tende a ser um pouco inferior no sexo feminino, especialmente entre os casos tratados. A idade do aparecimento é mais tardia nas mulheres, com um segundo pico na meia-idade, conforme descrito anteriormente (ver

a seção "Desenvolvimento e Curso" para esse transtorno). Os sintomas tendem a ser mais carregados de afeto no sexo feminino, havendo mais sintomas psicóticos, bem como uma propensão maior para a piora destes mais tarde na vida.

Outras diferenças incluem menor frequência de sintomas negativos e desorganização. Por fim, o funcionamento social tende a permanecer mais bem preservado em indivíduos do sexo feminino. Existem, porém, exceções frequentes a essas explicações gerais.

Risco de Suicídio

Cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais têm ideação suicida importante. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece elevado durante o ciclo de vida para ambos os sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovens com uso de substância comórbido. Outros fatores de risco incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar.

Consequências Funcionais da Esquizofrenia

A esquizofrenia está associada a significativa disfunção social e profissional. A progressão educacional e a manutenção do emprego costumam ficar prejudicadas pela avolia ou por outras manifestações do transtorno, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas. A maior parte dos indivíduos tem empregos inferiores aos de seus pais, e a maioria, especialmente os homens, não casa ou tem contatos sociais limitados fora da família.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatônicas. A distinção entre esquizofrenia e transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatonia depende da relação temporal entre a perturbação do humor e a psicose, bem como da gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos. Se delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo maior ou maníaco, o diagnóstico é transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas.

Transtorno esquizoafetivo. O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo exige que um episódio depressivo maior ou maníaco ocorra ao mesmo tempo em que ocorrem os sintomas da fase ativa e que os sintomas de humor estejam presentes na maior parte do tempo da duração total dos períodos ativos.

Transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve. Esses transtornos têm duração menor que a esquizofrenia, conforme especificado no Critério C, que exige seis meses de sintomas. No transtorno esquizofreniforme, a perturbação está presente durante menos de seis meses, enquanto no transtorno psicótico breve os sintomas estão presentes durante pelo menos um dia, porém em tempo inferior a um mês.

Transtorno delirante. O transtorno delirante pode ser diferenciado da esquizofrenia pela ausência dos demais sintomas característicos de esquizofrenia (p. ex., delírios, alucinações auditivas ou visuais proeminentes, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos).

Transtorno da personalidade esquizotípica. O transtorno da personalidade esquizotípica pode ser diferenciado de esquizofrenia por sintomas sublimiares associados a características persistentes de personalidade.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal podem apresentar *insight* pre-

judicado ou ausente, e as preocupações podem atingir proporções delirantes. Esses transtornos, porém, são diferentes da esquizofrenia por apresentarem obsessões proeminentes, compulsões, preocupações com aparência ou odores do corpo, acumulação compulsiva, comportamentos repetitivos com foco no corpo.

Transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse pós-traumático pode incluir *flashbacks* com uma qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranoides. Todavia, há necessidade de um evento traumático e de aspectos sintomáticos característicos relativos a revivências ou reações ao evento para que seja feito um diagnóstico.

Transtorno do espectro autista ou transtornos da comunicação. Esses transtornos podem também ter sintomas semelhantes a um episódio psicótico, mas diferem pelos respectivos déficits na interação social, com comportamentos repetitivos e restritos e outros déficits cognitivos e de comunicação. Um indivíduo com transtorno do espectro autista ou transtorno da comunicação deve ter sintomas que satisfaçam todos os critérios de esquizofrenia, com alucinações ou delírios proeminentes durante pelo menos um mês a fim de ser diagnosticado com esquizofrenia como uma condição comórbida.

Outros transtornos mentais associados com um episódio psicótico. O diagnóstico de esquizofrenia é feito apenas quando o episódio psicótico é persistente, não podendo ser atribuído a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Indivíduos com *delirium* ou transtorno neurocognitivo maior ou menor podem apresentar sintomas psicóticos, mas estes devem ter relação temporal com o início das mudanças cognitivas consistentes com esses transtornos. Indivíduos com transtorno psicótico induzido por substância/medicamento podem apresentar sintomas característicos do Critério A para esquizofrenia, porém o transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode ser geralmente diferenciado pela relação cronológica do uso da substância com o início e a remissão da psicose na ausência do uso de substância.

Comorbidade

Taxas de comorbidade com transtornos relacionados ao uso de substância são elevadas na esquizofrenia. Mais de metade dos indivíduos com esquizofrenia tem transtorno por uso de tabaco e fuma com regularidade. A comorbidade com transtornos de ansiedade é cada vez mais reconhecida na esquizofrenia. A proporção de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de pânico é elevada em indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. Transtorno da personalidade esquizotípica ou paranoide pode, algumas vezes, anteceder o início da esquizofrenia.

A expectativa de vida é reduzida em indivíduos com esquizofrenia em razão das condições médicas associadas. Ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica e doença cardiovascular e pulmonar são mais comuns na esquizofrenia do que na população em geral. Pouco envolvimento em comportamentos de manutenção da saúde (p. ex., *screening* de câncer, exercícios) aumenta o risco de doença crônica, mas outros fatores do transtorno, inclusive medicamentos, estilo de vida, tabagismo e dieta, também podem contribuir. Uma vulnerabilidade partilhada por psicose e distúrbios médicos pode explicar algumas das comorbidades médicas da esquizofrenia.

Transtorno Esquizoafetivo

Critérios Diagnósticos

A. Um período ininterrupto de doença durante o qual há um episódio depressivo maior ou maníaco concomitante com o Critério A da esquizofrenia.
   Nota: O episódio depressivo maior deve incluir o Critério A1: humor deprimido.
B. Delírios ou alucinações por duas semanas ou mais na ausência de episódio depressivo maior ou maníaco durante a duração da doença ao longo da vida.
C. Os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes na maior parte da duração total das fases ativa e residual da doença.

D. A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo*:*

295.70 (F25.0) Tipo bipolar: Esse subtipo aplica-se se um episódio maníaco fizer parte da apresentação. Podem também ocorrer episódios depressivos maiores.

295.70 (F25.1) Tipo depressivo: Esse subtipo aplica-se se somente episódios depressivos maiores fizerem parte da apresentação.

Especificar se:

Com catatonia (consultar os critérios para catatonia associada a outro transtorno metal, p. 119-120, para definição)

Nota para codificação: Usar o código adicional 293.89 (F06.1) de catatonia associada com transtorno esquizoafetivo para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especificar se:

Os especificadores de curso a seguir devem ser usados apenas após duração de um ano do transtorno e se não estiverem em contradição com os critérios diagnósticos do curso.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: A primeira manifestação do transtorno atende aos sintomas diagnósticos definidos e aos critérios de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que são atendidos os critérios dos sintomas.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: *Remissão parcial* é um período de tempo durante o qual é mantida melhora após um episódio anterior e em que os critérios definidores do transtorno são atendidos apenas em parte.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: *Remissão completa* é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não estão presentes sintomas específicos do transtorno.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo: Múltiplos episódios podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (i.e., após um primeiro episódio, uma remissão e pelo menos uma recaída).

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial

Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa

Contínuo: Os sintomas que atendem aos critérios diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos sintomáticos em nível subclínico muito breves em relação ao curso geral.

Não especificado

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, desorganização do discurso, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)

Nota: O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Nota: Para mais informações sobre Desenvolvimento e Curso (fatores relativos à idade), Fatores de Risco e Prognóstico (fatores de risco ambientais), Questões Diagnósticas Relativas à Cultura e Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero, ver as seções correspondentes em esquizofrenia, transtornos bipolar tipo I e tipo II e transtorno depressivo maior nos capítulos correspondentes.

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo baseia-se em uma avaliação de um período ininterrupto da doença durante o qual o indivíduo continua a exibir sintomas ativos ou residuais da doença psicótica. Embora não necessariamente, o diagnóstico costuma ser feito durante o período da doença psicótica. Em algum momento durante o período, deve ser satisfeito o Critério A para esquizofrenia. O Critério B (disfunção social) e o F (exclusão de transtorno do espectro

do autismo e de outro transtorno da comunicação com início na infância) para esquizofrenia não precisam ser satisfeitos. Além de satisfazer o Critério A para esquizofrenia, há um episódio depressivo maior ou maníaco (Critério A para transtorno esquizoafetivo). Uma vez que é comum a perda de interesse ou prazer na esquizofrenia, para que seja satisfeito o Critério A para transtorno esquizoafetivo, o episódio depressivo maior deve incluir humor deprimido generalizado (i.e., a presença de interesse ou prazer acentuadamente diminuídos não é suficiente). Episódios de depressão ou mania estão presentes na maior parte da duração total da doença (i.e., após atendido o Critério A) (Critério C para transtorno esquizoafetivo). Para separar o transtorno esquizoafetivo de um transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas, devem estar presentes delírios ou alucinações durante pelo menos duas semanas na ausência de um episódio de humor (depressivo ou maníaco) em algum momento ao longo da duração da doença na vida (Critério B para transtorno esquizoafetivo). Os sintomas não devem ser atribuídos aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica (Critério D para transtorno esquizoafetivo).

O Critério C para transtorno esquizoafetivo especifica que os sintomas de humor que satisfazem os critérios para episódio depressivo maior ou maníaco devem estar presentes durante a maior parte da duração total das fases ativa e residual da doença. O Critério C exige a avaliação dos sintomas de humor durante todo o curso de uma doença psicótica, o que difere do critério no DSM-IV, que exigia apenas uma avaliação do período atual da doença. Se os sintomas de humor estão presentes durante apenas um período relativamente curto, o diagnóstico é esquizofrenia, e não transtorno esquizoafetivo. Ao decidir se a apresentação do indivíduo satisfaz o Critério C, o clínico deve revisar a duração total da doença psicótica (i.e., sintomas ativos e residuais) e determinar quando sintomas de humor significativos (não tratados ou precisando de tratamento com antidepressivo e/ou medicamento estabilizador do humor) acompanharam os sintomas psicóticos. Essa determinação demanda informações suficientes da história e juízo clínico. Por exemplo, um indivíduo com história de quatro anos de sintomas ativos e residuais de esquizofrenia desenvolve episódios depressivos e maníacos que, no conjunto, não ocupam mais de um ano na história de quatro anos da doença psicótica. Essa apresentação não satisfaz o Critério C.

Além das cinco áreas de domínio dos sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, é fundamental a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O funcionamento profissional costuma estar prejudicado, mas não se trata de um critério definidor (diferentemente do que ocorre na esquizofrenia). Contato social restrito e dificuldades com o autocuidado estão associados ao transtorno esquizoafetivo, mas os sintomas negativos podem ser menos graves e menos persistentes do que os encontrados na esquizofrenia. Anosognosia (i.e., *insight* prejudicado) também é comum no transtorno esquizoafetivo, mas os déficits no *insight* podem ser menos graves e generalizados do que os da esquizofrenia. Indivíduos com transtorno esquizoafetivo podem ter risco aumentado de desenvolvimento posterior de episódios de transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar se os sintomas de humor continuarem após a remissão dos sintomas que satisfazem o Critério A para esquizofrenia. Pode haver transtornos associados ao álcool ou relacionados a outras substâncias.

Não há testes ou medidas biológicas capazes de auxiliar no diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Não está claro se esse transtorno difere da esquizofrenia no que se refere a características associadas como anormalidades cerebrais estruturais ou funcionais, déficits cognitivos ou fatores de risco genéticos.

Prevalência

O transtorno esquizoafetivo parece ser cerca de um terço tão comum quanto a esquizofrenia. A prevalência por toda a vida do transtorno esquizoafetivo é estimada em 0,3%. Sua incidên-

cia é mais alta no sexo feminino, principalmente devido a um aumento na incidência do tipo depressivo.

Desenvolvimento e Curso

A idade habitual de início do transtorno esquizoafetivo é o começo da fase adulta, embora possa ocorrer a qualquer momento da adolescência até mais adiante na vida. Uma quantidade significativa de indivíduos diagnosticados com outra doença psicótica inicialmente receberá diagnóstico de transtorno esquizoafetivo mais tarde, quando o padrão dos episódios de humor tornar-se mais aparente. Com a presença atual do Critério diagnóstico C, espera-se que o diagnóstico para alguns indivíduos converta-se de transtorno esquizoafetivo em outro transtorno, conforme os sintomas de humor tornarem-se menos proeminentes. O prognóstico para transtorno esquizoafetivo é um pouco melhor do que para esquizofrenia, porém pior que aquele para transtornos do humor.

Pode ocorrer transtorno esquizoafetivo em uma variedade de padrões temporais. Apresenta-se, como exemplo, um padrão típico: um indivíduo pode ter alucinações auditivas pronunciadas e delírios persecutórios durante dois meses antes do início de um episódio depressivo maior proeminente. Os sintomas psicóticos e o episódio depressivo maior completo estão, assim, presentes durante três meses. Em seguida, o indivíduo recupera-se completamente do episódio depressivo maior, mas os sintomas psicóticos persistem por mais um mês antes de também desaparecerem. Durante esse período da doença, os sintomas do indivíduo atendem, ao mesmo tempo, aos critérios para episódio depressivo maior e ao Critério A para esquizofrenia, e, durante esse mesmo período da doença, estiveram presentes alucinações auditivas e delírios antes e depois da fase depressiva. O período total da doença durou cerca de seis meses, com sintomas psicóticos isolados presentes durante os dois primeiros meses, sintomas depressivos e psicóticos nos três meses seguintes e apenas sintomas psicóticos presentes durante o último mês. Nesse caso, a duração do episódio depressivo não foi curta em relação à duração total da perturbação psicótica; a apresentação se qualifica, portanto, para um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

A expressão dos sintomas psicóticos ao longo da vida é variável. Sintomas depressivos ou maníacos podem ocorrer antes do início de uma psicose, durante episódios psicóticos agudos, durante os períodos residuais e após o término de uma psicose. Por exemplo, um indivíduo pode se apresentar com sintomas pronunciados de humor durante o estágio prodrômico da esquizofrenia. Esse padrão não necessariamente indica transtorno esquizoafetivo, uma vez que é a concomitância de sintomas psicóticos e de humor que é crucial para o diagnóstico. Para uma pessoa com sintomas que claramente satisfazem os critérios de transtorno esquizoafetivo, mas que no seguimento apresenta somente sintomas psicóticos residuais (como sintomas psicóticos subclínicos e/ou sintomas negativos proeminentes), o diagnóstico pode ser mudado para esquizofrenia, uma vez que a proporção total da doença psicótica comparada com sintomas de humor torna-se mais proeminente. Transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar, pode ser mais comum em adultos jovens, ao passo que transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo, pode ser mais comum em adultos mais velhos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Entre os indivíduos com esquizofrenia, pode haver risco aumentado de transtorno esquizoafetivo em parentes de primeiro grau. O risco desse transtorno pode ser maior entre indivíduos que têm parentes de primeiro grau com esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno esquizoafetivo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Fatores culturais e socioeconômicos devem ser levados em consideração, especialmente quando o indivíduo e o clínico não têm os mesmos antecedentes culturais e econômicos. Ideias que parecem delirantes em uma cultura (p. ex., bruxaria) podem ser normais em outra. Há, ainda, algumas evi-

dências na literatura de excesso de diagnóstico de esquizofrenia na comparação com transtorno esquizoafetivo em populações afro-americanas e hispânicas; deve-se, portanto, ter cuidado de modo a assegurar uma avaliação culturalmente apropriada que inclua sintomas psicóticos e afetivos.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio ao longo da vida para esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo é de 5%, e a presença de sintomas depressivos tem correlação com risco mais alto de suicídio. Em indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, há evidências de que as taxas de suicídio são mais altas em populações norte-americanas do que europeias, do Leste Europeu, da América do Sul e da Índia.

Consequências Funcionais do Transtorno Esquizoafetivo

O transtorno esquizoafetivo está associado a disfunção profissional e social, porém disfunção não é um critério diagnóstico (como é para esquizofrenia), e há variabilidade substancial entre indivíduos diagnosticados com o transtorno.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas. Uma ampla variedade de condições psiquiátricas e médicas pode manifestar-se com sintomas psicóticos e de humor e devem ser levadas em consideração no diagnóstico diferencial de transtorno esquizoafetivo. Elas incluem transtorno psicótico devido a outra condição médica; *delirium*; transtorno neurocognitivo maior; transtorno psicótico ou transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento; transtornos bipolares com características psicóticas; transtorno depressivo maior com características psicóticas; transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características catatônicas; transtornos da personalidade esquizotípica, esquizoide ou paranoide; transtorno psicótico breve; transtorno esquizofreniforme; esquizofrenia; transtorno delirante; outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou trantorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado. Condições médicas e uso de substância podem se apresentar com uma combinação de sintomas psicóticos e de humor, e, assim, transtorno psicótico devido a outra condição médica necessita ser excluído. Costuma ser difícil diferenciar transtorno esquizoafetivo de esquizofrenia e de transtornos depressivo e bipolar com características psicóticas. O Critério C foi criado para separar transtorno esquizoafetivo de esquizofrenia, e o Critério B, para diferenciar transtorno esquizoafetivo de transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas. Mais especificamente, o transtorno esquizoafetivo pode ser distinguido de transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas pela presença de delírios e/ou alucinações proeminentes por pelo menos duas semanas na ausência de um episódio maior de humor. Diferentemente, no transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas, estas ocorrem basicamente durante o(s) episódio(s) de humor. Uma vez que a proporção relativa de sintomas de humor e sintomas psicóticos pode mudar com o tempo, o diagnóstico adequado pode mudar de e para transtorno esquizoafetivo (p. ex., um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo para um episódio depressivo maior grave e proeminente com duração de três meses durante os primeiros seis meses de uma doença psicótica persistente seria modificado para esquizofrenia se sintomas psicóticos ativos ou residuais proeminentes persistissem por vários anos sem uma recorrência de outro episódio de humor).

Transtorno psicótico devido a outra condição médica. Outras condições médicas e uso de substância podem se manifestar com uma combinação de sintomas psicóticos e de humor, necessitando-se, assim, excluir transtorno psicótico devido a outra condição médica.

Esquizofrenia, transtornos depressivo e bipolar. Costuma ser difícil distinguir transtorno esquizoafetivo de esquizofrenia e de transtornos depressivo e bipolar com características psicóticas. O Critério C foi criado para separar transtorno esquizoafetivo de esquizofrenia, e o Critério

B, para uma distinção entre transtorno esquizoafetivo e transtornos depressivo ou bipolar com características psicóticas. Mais especificamente, o transtorno esquizoafetivo pode ser diferenciado de transtornos depressivo ou bipolar com características psicóticas pela presença de delírios e/ou alucinações marcantes durante pelo menos duas semanas na ausência de um episódio maior de humor. Diferentemente, nos transtornos depressivo ou bipolar com características psicóticas, estas basicamente ocorrem durante o(s) episódio(s) de humor. Considerando-se que a proporção relativa de sintomas de humor e psicóticos pode mudar com o tempo, o diagnóstico apropriado pode mudar de e para transtorno esquizoafetivo (p. ex., um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo para um episódio depressivo maior grave e proeminente com duração de três meses durante os seis primeiros meses de uma doença psicótica crônica seria trocado para esquizofrenia se os sintomas psicóticos ativos ou residuais proeminentes persistissem por vários anos sem uma recorrência de outro episódio de humor).

Comorbidade

Muitas pessoas diagnosticadas com transtorno esquizoafetivo são também diagnosticadas com outros transtornos mentais, em especial transtornos por uso de substância e transtornos de ansiedade. Da mesma maneira, a incidência de condições médicas aumenta além da taxa básica para a população em geral, levando a uma menor expectativa de vida.

Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Presença de pelo menos um dos sintomas a seguir:
   1. Delírios.
   2. Alucinações.

B. Existe evidência na história, no exame físico ou nos achados laboratoriais de (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A se desenvolveram durante ou logo após intoxicação por uma substância ou abstinência ou após exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno psicótico não induzido por substância/medicamento. Essas evidências de um transtorno psicótico independente podem incluir: Os sintomas antecederam o aparecimento do uso de substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (p. ex., cerca de um mês) após o término da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências de um transtorno psicótico independente não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Esse diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominarem no quadro clínico e quando forem suficientemente graves para que recebam atenção clínica.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para os transtornos psicóticos induzidos por [substância/medicamento específico] estão indicados na tabela a seguir.

Observar que o código da CID-10-MC depende de haver ou não um transtorno por uso de substância comórbido para a mesma classe de substância. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido ao transtorno psicótico induzido por substância, o número da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "Transtorno por uso [de substância] leve" antes de transtorno psicótico induzido por substância (p. ex., "transtorno por uso de cocaína leve com transtorno psicótico induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido a transtorno psicótico induzido por substância, o número da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno comórbido por uso de substância. Se não há transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., após uso pesado da substância uma única vez), então o número da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar somente o transtorno psicótico induzido por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Outro alucinógeno	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inalante	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

Especificar se (ver a Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para diagnósticos associados à classe de substâncias):

Com início durante a intoxicação: Se os critérios são preenchidos para intoxicação pela substância, e os sintomas desenvolvem-se durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios são preenchidos para abstinência da substância, e os sintomas desenvolvem-se durante, ou logo após, a abstinência.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à gravidade atual (mais grave nos últimos sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos de Avaliação".)

Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento termina com o nome da substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) que presumidamente causou os delírios ou as alucinações. O código diagnóstico é selecionado da tabela que é parte do conjunto de critérios, com base na classe da substância. No caso de substâncias que não se encai-

xam em nenhuma das classes (p. ex., dexametasona), deve ser usado o código para "outra substância"; nos casos em que a substância é considerada o fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno é seguido da especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substância em um só código, para a CID-9-MC é dado um diagnóstico separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de delírios que ocorrem durante a intoxicação em um homem com um transtorno grave por uso de cocaína, o diagnóstico é transtorno psicótico induzido por cocaína 292.9, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico adicional de transtorno grave por uso de cocaína 304.20 também é dado. Quando se acredita que mais de uma substância tem papel significativo no desenvolvimento dos sintomas psicóticos, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., transtorno psicótico induzido por *Cannabis* 292.9, com início durante a intoxicação, com transtorno grave por uso de *Cannabis*; transtorno psicótico induzido por fenciclidina 292.9, com início durante a intoxicação, com transtorno leve por uso de fenciclidina).

CID-10-MC. O nome do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento termina com o nome da substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) supostamente causadora dos delírios ou alucinações. O código diagnóstico é selecionado da tabela que é parte do conjunto de critérios, com base na classe do fármaco ou da droga e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" sem uso comórbido de substância deve ser usado; quando se acredita que uma substância seja um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida" sem uso comórbido de substância.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substâncias comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido da palavra "com", seguido do nome do transtorno psicótico induzido por substância, seguido da especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de delírios que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno grave por uso de cocaína, o diagnóstico é transtorno grave por uso de cocaína F14.259 com transtorno psicótico induzido por cocaína, com início durante intoxicação. Não é dado um diagnóstico separado do transtorno grave comórbido por uso de cocaína. Se o transtorno psicótico induzido por substância ocorre sem transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após uso pesado da substância em uma única situação), não é registrado transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., transtorno psicótico induzido por fenciclidina F16.959, com início durante a intoxicação). Quando se acredita que mais de uma substância tem papel significativo no desenvolvimento dos sintomas psicóticos, cada uma deve ser registrada separadamente (p. ex., transtorno grave por uso de *Cannabis* com transtorno psicótico induzido por *Cannabis* F12.259, com início durante a intoxicação; transtorno leve por uso de fenciclidina com transtorno psicótico induzido por fenciclidina F16.159, com início durante a intoxicação).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento são delírios e/ou alucinações proeminentes (Critério A), que são considerados como devidos aos efeitos fisiológicos de uma substância/medicamento (i.e., droga de abuso, medicamento ou exposição a toxina) (Critério B). As alucinações que o indivíduo percebe que são induzidas por substância/medicamento não são incluídas aqui, devendo ser diagnosticadas como intoxicação por substância ou abstinência de substância acompanhada do especificador "com perturbações da percepção" (aplicável a abstinência de álcool; intoxicação por *Cannabis*; abstinência de sedativo, hipnótico ou ansiolítico e intoxicação por estimulante).

Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento é distinguido de um transtorno psicótico primário por meio da análise do início, do curso e de outros fatores. No caso de drogas de abuso, precisa haver evidências da história, do exame físico ou achados laboratoriais de uso de substância, intoxicação ou abstinência. Os transtornos psicóticos induzidos por substância/medicamento surgem durante, ou logo após, exposição a um medicamento ou após intoxicação por substância ou abstinência, mas podem persistir por semanas, ao passo que os transtornos psicóticos primários podem anteceder o início do uso de substância/medicamento ou podem ocorrer em períodos de abstinência sustentada. Quando iniciados, os sintomas psicóticos podem continuar enquanto persistir o uso da substância/medicamento. Outra consideração é a presença de características atípicas de um transtorno psicótico primário (p. ex., idade de início ou curso atípicos). Por exemplo, o surgimento de delírios *de novo* em uma pessoa com mais de 35 anos, sem história conhecida de algum transtorno psicótico primário, sugere a possibilidade de um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Mesmo uma história anterior de transtorno psicótico primário não descarta a possibilidade de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Diferentemente, fatores que sugerem que os sintomas psicóticos são mais bem justificados por um transtorno psicótico primário incluem persistência de sintomas psicóticos durante período de tempo substancial (i.e., um mês ou mais) após o término da intoxicação por substância ou abstinência aguda de substância ou após o término do uso de um medicamento, bem como história prévia de transtornos psicóticos primários recorrentes. Outras causas de sintomas psicóticos precisam ser levadas em consideração mesmo em pessoas com intoxicação por substância ou abstinência, porque problemas com uso de substância não são raros entre indivíduos com transtornos psicóticos não induzidos por substância/medicamento.

Além das quatro áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania é fundamental para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Podem ocorrer transtornos psicóticos associados a intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: álcool; *Cannabis*; alucinógenos, inclusive fenciclidina e substâncias relacionadas; inalantes; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (inclusive cocaína); outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Podem ocorrer transtornos psicóticos associados a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).

Alguns dos medicamentos relatados como evocativos de sintomas psicóticos incluem anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e medicamentos cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos (p. ex., ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrintestinais, relaxantes musculares, medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais, outros fármacos sem receita médica (p. ex., fenilefrina, pseudoefedrina), antidepressivos e dissulfiram. As toxinas relatadas como indutoras de sintomas psicóticos incluem anticolinesterase, inseticidas organofosforados, gás sarin e outros gases que atuam sobre o sistema nervoso, monóxido de carbono, dióxido de carbono e substâncias voláteis como combustível ou tintas.

Prevalência

É desconhecida a prevalência do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento na população em geral. Entre 7 e 25% dos indivíduos que apresentam um primeiro episódio de psicose em diferentes contextos têm transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno pode variar muito de acordo com a substância. Por exemplo, fumar uma dose elevada de cocaína pode produzir psicose em minutos, ao passo que pode haver necessidade de dias ou semanas com elevadas doses de álcool e uso de sedativos para produzir psicose. Transtorno psicótico induzido por álcool, com alucinações, costuma ocorrer somente após ingestão pesada e prolongada de álcool em indivíduos com transtorno moderado a grave por uso de álcool, e as alucinações são geralmente de natureza auditiva.

Transtornos psicóticos induzidos por anfetamina e cocaína partilham características clínicas similares. Delírios persecutórios podem rapidamente surgir logo após uso de anfetamina ou de um simpatomimético de ação semelhante. A alucinação com insetos ou vermes rastejantes sob ou sobre a pele (formigamento) pode levar ao ato de coçar e a grandes escoriações. Transtorno psicótico induzido por *Cannabis* pode surgir logo após o uso de dose elevada de *Cannabis*, normalmente envolvendo delírios persecutórios, ansiedade acentuada, labilidade emocional e despersonalização. O transtorno costuma ter remissão em um dia; em certos casos, no entanto, pode persistir por alguns dias.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode, algumas vezes, persistir quando o agente ofensivo é removido, podendo ser difícil inicialmente distingui-lo de um transtorno psicótico independente. Há relatos de que agentes como anfetaminas, fenciclidina e cocaína evocam estados psicóticos temporários que por vezes podem persistir durante semanas ou mais, apesar da retirada do agente e do tratamento com medicamento neuroléptico. Em idades mais avançadas, o uso de muitos fármacos para condições médicas e a exposição a medicamentos para parkinsonismo, doença cardiovascular e outros problemas médicos podem estar associados a maior probabilidade de psicose induzida por medicamentos receitados em oposição a substâncias de abuso.

Marcadores Diagnósticos

Com substâncias para as quais é possível se avaliar os níveis sanguíneos (p. ex., nível de álcool no sangue, outros níveis quantificáveis, como digoxina), a presença de um nível consistente com toxicidade pode aumentar a certeza diagnóstica.

Consequências Funcionais do Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento costuma ser gravemente incapacitante e, consequentemente, é observado com mais frequência em salas de emergência, uma vez que os indivíduos costumam ser levados para locais de atendimento a pacientes agudos. A incapacidade, todavia, em geral é autolimitada e resolve-se com a retirada do agente ofensivo.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância ou abstinência de substância. Indivíduos intoxicados com estimulantes, *Cannabis*, o opioide meperidina, fenciclidina ou os que estão tendo uma síndrome de abstinência de álcool ou sedativos podem ter alteração da percepção que reconhecem como efeitos da droga. Se o teste de realidade para essas experiências continua intacto (i.e., a pessoa reconhece que a percepção é induzida por substância, não acreditando nela ou agindo conforme), o diagnóstico não é transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Diferentemente, é diagnosticada intoxicação por substância ou abstinência de substância, com perturbação da percepção (p. ex., intoxicação por cocaína, com perturbação da percepção). Alucinações com *flashback*, capazes de ocorrer muito tempo depois de cessado o uso de alucinógenos, são diagnosticadas como transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos. Se ocorrem sintomas

psicóticos induzidos por substância/medicamento exclusivamente durante o curso de *delirium*, como nas formas graves de abstinência alcoólica, os sintomas psicóticos são considerados uma característica associada do *delirium*, não sendo diagnosticados separadamente. Delírios no contexto de um transtorno neurocognitivo maior ou leve devem ser diagnosticados como transtorno neurocognitivo maior ou leve, com perturbações comportamentais.

Transtorno psicótico primário. Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento é diferente de transtorno psicótico primário, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado, pelo fato de se acreditar que uma substância esteja etiologicamente relacionada aos sintomas.

Transtorno psicótico devido a outra condição médica. Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento devido a tratamento prescrito para uma condição mental ou médica deve ter início enquanto o indivíduo está recebendo o medicamento (ou durante a abstinência, caso haja uma síndrome de abstinência associada ao medicamento). Como indivíduos com condições médicas normalmente tomam fármacos para essas condições, o clínico deve avaliar a possibilidade de que os sintomas psicóticos sejam causados pelas consequências fisiológicas da condição médica em vez de pelo fármaco, caso em que é diagnosticado um transtorno psicótico devido a outra condição médica. Normalmente, a história oferece a base primária para esse julgamento. Por vezes, uma mudança no tratamento da condição médica (p. ex., substituição ou interrupção do fármaco) pode ser necessária para determinar de forma empírica se o medicamento é o agente causador. Se o clínico confirmar que a perturbação pode ser atribuída à condição médica e ao uso de substância/medicamento, podem ser dados os dois diagnósticos (i.e., transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento).

Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos

A. Alucinações ou delírios proeminentes.
B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Determinar o subtipo*:*
Código baseado no sintoma predominante:

293.81 (F06.2) Com delírios: Se os delírios são o sintoma predominante.
293.82 (F06.0) Com alucinações: Se as alucinações são o sintoma predominante.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.81 [F06.2] transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna, com delírios). A outra condição médica deve ser codificada e listada em separado imediatamente antes do transtorno psicótico devido à condição médica (p. ex., 162.9 [C34.90] neoplasia pulmonar maligna; 293.81 [F06.2] transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna, com delírios).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, o que inclui delírios, alucinações, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado pela gravidade atual (mais grave nos últimos

sete dias) em uma escala com 5 pontos, variando de 0 (não presente) a 4 (presente e grave). (Ver Gravidade das Dimensões dos Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico no capítulo "Instrumentos da Avaliação".)
Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

Especificadores

Além das áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos sintomas dos domínios cognição, depressão e mania é fundamental para que sejam feitas distinções importantes entre os vários transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno psicótico devido a outra condição médica são delírios e alucinações proeminentes atribuídos aos efeitos fisiológicos de outra condição médica, não sendo mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., os sintomas não são uma resposta psicologicamente mediada por alguma condição médica grave, caso em que deve ser apropriado um diagnóstico de transtorno psicótico breve, com estressor evidente).

Podem ocorrer alucinações em qualquer modalidade sensorial (i.e., visual, olfativa, gustativa, tátil ou auditiva), mas alguns fatores etiológicos provavelmente evocam fenômenos alucinatórios específicos. Alucinações olfativas sugerem epilepsia do lobo temporal. As alucinações podem variar de simples e informes a altamente complexas e organizadas, dependendo de fatores etiológicos e ambientais. Transtorno psicótico devido a outra condição médica não costuma ser diagnosticado se o indivíduo tem o teste de realidade preservado para alucinações e avalia que elas resultam da condição médica. Delírios podem ter uma variedade de temas, incluindo somático, de grandeza, religioso e, mais comumente, persecutório. Em geral, porém, as associações entre delírios e condições médicas particulares parecem ser menos específicas do que no caso das alucinações.

Na determinação de se a perturbação psicótica é atribuível a outra condição médica, precisa ser identificada a presença de uma condição médica considerada a etiologia da psicose por meio de um mecanismo fisiológico. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre a perturbação psicótica e a condição médica é etiológica, várias considerações oferecem alguma orientação. Uma delas é a presença de associação temporal entre o início, a exacerbação ou a remissão da condição médica, bem como da perturbação psicótica. Outra consideração é a presença de características atípicas para o transtorno psicótico (p. ex., idade atípica de início ou presença de alucinações visuais ou olfativas). A perturbação deve também ser diferenciada de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento ou de outro transtorno mental (p. ex., transtorno de adaptação).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A associação temporal do início ou da exacerbação da condição médica oferece a maior certeza diagnóstica de que os delírios ou as alucinações são atribuíveis a uma condição médica. Outros fatores podem incluir tratamentos concomitantes para a condição médica subjacente que conferem risco de psicose independente, como tratamento com esteroides para distúrbios autoimunes.

Prevalência

Taxas de prevalência para transtorno psicótico devido a outra condição médica são de difícil estimativa, considerando-se a ampla variedade de etiologias médicas subjacentes. A prevalência ao longo da vida é calculada como variando de 0,21 a 0,54%. Quando os achados da prevalência são

estratificados por faixa etária, pessoas com mais de 65 anos têm prevalência significativamente mais elevada de 0,74% na comparação com as que pertencem a faixas etárias mais jovens. As taxas de psicose também variam conforme a condição médica subjacente; as condições mais comumente associadas à psicose incluem distúrbios endócrinos e metabólicos não tratados, distúrbios autoimunes (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico, encefalite autoimune do receptor *N*-metil-D-aspartato [NMDA]) ou epilepsia do lobo temporal. Psicose em decorrência de epilepsia foi, ainda, diferenciada em psicose ictal, pós-ictal e interictal. A mais comum é a pós-ictal, observada em 2 a 7,8% dos pacientes com epilepsia. Entre os indivíduos com mais idade, pode haver elevada prevalência do transtorno em mulheres, embora características adicionais relativas ao gênero não estejam claras, e apresentem variações consideráveis em razão das distribuições por gênero das condições médicas subjacentes.

Desenvolvimento e Curso

Transtorno psicótico devido a outra condição médica pode ser um estado passageiro isolado ou pode ser recorrente, ciclando com as exacerbações e remissões da condição médica subjacente. Embora o tratamento da condição médica subjacente costume resultar em resolução da psicose, nem sempre é esse o caso, e os sintomas psicóticos podem persistir por muito tempo após o evento médico (p. ex., transtorno psicótico por lesão encefálica focal). No contexto de condições crônicas, como esclerose múltipla ou psicose interictal crônica da epilepsia, a psicose pode assumir um curso prolongado.

A expressão de um transtorno psicótico devido a outra condição médica não difere substancialmente na fenomenologia, dependendo da idade na ocorrência. Grupos de pessoas com mais idade, porém, têm alta prevalência do transtorno, o que é, mais provavelmente, devido à maior sobrecarga médica associada à idade avançada e aos efeitos cumulativos de exposições nocivas e processos relacionados ao envelhecimento (p. ex., aterosclerose). A natureza das condições médicas subjacentes provavelmente muda ao longo da vida, com grupos mais jovens mais afetados por epilepsia, trauma encefálico, doença autoimune e doenças neoplásicas no começo ou porção intermediária da vida, e pessoas mais velhas mais afetadas por doença como acidente vascular cerebral, eventos anóxicos e múltiplas comorbidades sistêmicas. Os fatores subjacentes ao aumento da idade, como prejuízo cognitivo preexistente e prejuízos visuais e auditivos, podem significar risco maior de psicose, possivelmente funcionando para baixar o limiar para a ocorrência da doença.

Fatores de Risco e Prognóstico

Modificadores do curso. A identificação e o tratamento da condição médica subjacente causam o maior impacto no curso, ainda que lesão preexistente no sistema nervoso central possa conferir um resultado pior no curso (p. ex., trauma encefálico, doença cerebrovascular).

Marcadores Diagnósticos

O diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica depende da condição clínica de cada pessoa, e os exames diagnósticos irão variar conforme essa condição. Uma variedade de condições médicas pode causar sintomas psicóticos. Incluem condições neurológicas (p. ex., neoplasias, doença cerebrovascular, doença de Huntington, esclerose múltipla, epilepsia, lesão ou prejuízo nervoso visual ou auditivo, surdez, enxaqueca, infecções do sistema nervoso central), condições endócrinas (p. ex., hiper e hipotireoidismo, hiper e hipoparatireoidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), condições metabólicas (p. ex., hipoxia, hipercarbia, hipoglicemia), desequilíbrios hídricos e eletrolíticos, doenças hepáticas ou renais e distúrbios autoimunes, com envolvimento do sistema nervoso central (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico). Achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência ou aparecimento refletem a condição médica etiológica.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio no contexto de um transtorno psicótico devido a outra condição médica não está delineado com clareza, embora algumas condições como epilepsia e esclerose múltipla sejam associadas a taxas mais altas de suicídio, que podem aumentar ainda mais na presença de psicose.

Consequências Funcionais do Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica

A incapacidade funcional é comumente grave no contexto de transtorno psicótico devido a outra condição médica, mas varia consideravelmente de acordo com o tipo de condição, com possível melhora se ocorrer resolução exitosa desta.

Diagnóstico Diferencial

***Delirium*.** Alucinações e delírios costumam ocorrer no contexto de *delirium*. Um diagnóstico separado de transtorno psicótico devido a outra condição médica não é dado, no entanto, quando a perturbação ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium.* Delírios no contexto de um transtorno neurocognitivo maior ou leve serão diagnosticados como transtorno neurocognitivo maior ou leve, com perturbação comportamental.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Existindo evidências de uso recente ou prolongado de substância (inclusive fármacos com efeitos psicoativos), abstinência de substância ou exposição a alguma toxina (p. ex., LSD [dietilamida do ácido lisérgico], intoxicação, abstinência de álcool), deve ser avaliada possibilidade de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (i.e., em quatro semanas) a intoxicação por substância, a abstinência ou após o uso de medicamento podem ser especialmente indicativos de um transtorno psicótico induzido por substância, dependendo do caráter, da duração ou da quantidade da substância usada. Se o clínico confirmar que a perturbação é decorrente de uma condição médica e de uso de substância, os dois diagnósticos (i.e., transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento) podem ser dados.

Transtorno psicótico. Um transtorno psicótico devido a outra condição médica deve ser distinguido de um transtorno psicótico (p. ex., esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizoafetivo) ou de um transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas. Em transtornos psicóticos e transtornos depressivos ou transtornos bipolares com características psicóticas, não podem ser demonstrados mecanismos fisiológicos causadores específicos e diretos associados a uma condição médica. Idade tardia no aparecimento e ausência de história pessoal ou familiar de esquizofrenia ou transtorno delirante sugerem a necessidade de uma avaliação completa para descartar diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica. Alucinações auditivas que envolvem vozes que falam frases complexas são mais características de esquizofrenia do que de transtorno psicótico devido a outra condição médica. Outros tipos de alucinações (p. ex., visuais, olfativas) costumam sinalizar transtorno psicótico devido a outra condição médica ou transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Comorbidade

Transtorno psicótico devido a outra condição médica em pessoas com mais de 80 anos está associado a transtorno neurocognitivo maior concorrente (demência).

Catatonia

Catatonia pode ocorrer no contexto de vários transtornos, incluindo transtorno do neurodesenvolvimento, bipolar, depressivo e outras condições médicas (p. ex., deficiência de folato no cérebro, doenças autoimunes e paraneoplásicas raras). O Manual não trata a catatonia como uma classe independente, mas reconhece: a) catatonia associada a outro transtorno mental (i.e., transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno psicótico, transtorno bipolar, transtorno depressivo e outro transtorno mental), b) transtorno catatônico devido a outra condição médica e c) catatonia não especificada.

A catatonia é definida pela presença de três ou mais de 12 características psicomotoras nos critérios diagnósticos de catatonia associada a outro transtorno mental e transtorno catatônico devido a outra condição médica. A característica essencial da catatonia é uma perturbação psicomotora acentuada que pode envolver atividade motora diminuída, participação diminuída durante entrevista ou exame físico ou atividade motora excessiva e peculiar. A apresentação clínica da catatonia pode confundir, uma vez que a perturbação psicomotora pode variar desde ausência acentuada de resposta até agitação acentuada. A imobilidade motora pode ser grave (estupor) ou moderada (catalepsia e flexibilidade cérea). Igualmente, a participação diminuída pode ser grave (mutismo) ou moderada (negativismo). Comportamentos motores excessivos e peculiares podem ser complexos (p. ex., estereotipia) ou simples (agitação), podendo incluir ecolalia e ecopraxia. Em casos extremos, a mesma pessoa pode ter aumentos e diminuições entre atividade motora reduzida e excessiva. As características clínicas aparentemente opostas e as manifestações variáveis do diagnóstico contribuem para falta de percepção e redução do reconhecimento da catatonia. Durante seus estágios graves, o indivíduo pode precisar de supervisão atenta para evitar autolesão e lesão a outros. Há riscos potenciais decorrentes de desnutrição, exaustão, hiperpirexia e lesão autoinfligida.

Catatonia Associada a Outro Transtorno Mental (Especificador de Catatonia)

293.89 (F06.1)

A. O quadro clínico é dominado por três (ou mais) dos sintomas a seguir:
   1. Estupor (i.e., ausência de atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente).
   2. Catalepsia (i.e., indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
   3. Flexibilidade cérea (i.e., resistência leve ao posicionamento pelo examinador).
   4. Mutismo (i.e., resposta verbal ausente ou muito pouca [excluir com afasia conhecida]).
   5. Negativismo (i.e., oposição ou resposta ausente a instruções ou a estímulos externos).
   6. Postura (i.e., manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade).
   7. Maneirismo (i.e., caricatura esquisita e circunstancial de ações normais).
   8. Estereotipia (i.e., movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não voltados a metas).
   9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
   10. Caretas.
   11. Ecolalia (i.e., imitação da fala de outra pessoa).
   12. Ecopraxia (i.e., imitação dos movimentos de outra pessoa).

Nota para codificação: Indicar o nome do transtorno mental associado ao registrar o nome da condição (i.e., 293.89 [F06.1] catatonia associada a transtorno depressivo maior). Codificar primeiro o transtorno mental associado (p. ex., transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno psicótico breve,

transtorno esquizofreniforme, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior ou outro transtorno mental) (p.ex., 295.70 [F25.1] transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo; 293.89 [F06.1] catatonia associada a transtorno esquizoafetivo).

Características Diagnósticas

A catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia) pode ser diagnosticada quando atendidos critérios de catatonia durante o curso de um transtorno do neurodesenvolvimento, psicótico, bipolar, depressivo ou outro transtorno mental. O especificador de catatonia é apropriado quando o quadro clínico se caracteriza por perturbação psicomotora acentuada e envolve pelo menos três das 12 características diagnósticas listadas no Critério A. A catatonia costuma ser diagnosticada em contexto de internação, e ela ocorre em até 35% das pessoas com esquizofrenia. A maioria dos casos de catatonia, no entanto, envolve indivíduos com transtornos depressivos ou bipolares. Antes de ser usado o especificador de catatonia nos transtornos do neurodesenvolvimento, psicótico, bipolar, depressivo ou outro transtorno mental, precisa ser descartada uma ampla gama de outras condições médicas; estas incluem, embora não se limitem a elas, condições médicas devidas a condições infecciosas, metabólicas ou neurológicas (ver "Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica"). A catatonia pode também ser efeito colateral de um medicamento (ver o capítulo "Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos"). Devido à gravidade das complicações, deve ser dada atenção especial à possibilidade de a catatonia ser atribuível a síndrome neuroléptica maligna 333.92 (G21.0).

Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica

Critérios diagnósticos **293.89 (F06.1)**

A. O quadro clínico é dominado por três (ou mais) dos sintomas a seguir:
   1. Estupor (i.e., ausência de atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente).
   2. Catalepsia (i.e., indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
   3. Flexibilidade cérea (i.e., resistência leve ao posicionamento pelo examinador).
   4. Mutismo (i.e., resposta verbal ausente ou muito pouca [**Nota:** não se aplica se houver afasia estabelecida]).
   5. Negativismo (i.e., oposição ou ausência de resposta a instruções ou a estímulos externos).
   6. Postura (i.e., manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade).
   7. Maneirismo (i.e., caricatura esquisita e circunstancial de ações normais).
   8. Estereotipia (i.e., movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não voltados a metas).
   9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
   10. Caretas.
   11. Ecolalia (i.e., imitação da fala de outra pessoa).
   12. Ecopraxia (i.e., imitação dos movimentos de outra pessoa).

B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., um episódio maníaco).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota para codificação: Incluir o nome da condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.89 [F06.1] transtorno catatônico devido a encefalopatia hepática). A outra condição médica deve ser codificada e listada em separado, imediatamente antes de transtorno catatônico devido à condição médica (p. ex., 572.2 [K71.90] encefalopatia hepática; 293.89 [F06.1] transtorno catatônico devido a encefalopatia hepática).

Características Diagnósticas

A característica essencial de um transtorno catatônico devido a outra condição médica é a presença de catatonia que, supostamente, é atribuída aos efeitos fisiológicos de outra condição médica. A catatonia pode ser diagnosticada pela presença de pelo menos três de 12 características clínicas do Critério A. Deve haver evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a catatonia é atribuível a outra condição médica (Critério B). Não é dado o diagnóstico se a catatonia for mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., episódio maníaco) (Critério C) ou se ela ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium* (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Uma variedade de condições médicas pode causar catatonia, em especial condições neurológicas (p. ex., neoplasias, trauma encefálico, doença vascular encefálica, encefalite) e metabólicas (p. ex., hipercalcemia, encefalopatia hepática, homocistinúria, cetoacidose diabética). Os achados do exame físico associado, laboratoriais e os padrões de prevalência e aparecimento refletem os da condição médica etiológica.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico separado de transtorno catatônico devido a outra condição médica não é dado se a catatonia ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium* ou síndrome neuroléptica maligna. Quando o indivíduo está tomando medicamento neuroléptico, devem ser levados em conta transtornos do movimento induzidos por medicamento (p. ex., posicionamento anormal pode ser devido a distonia aguda induzida por neuroléptico) ou síndrome neuroléptica maligna (p. ex., características tipo catatônicas podem estar presentes, com sinais vitais e/ou anormalidades laboratoriais associadas). Sintomas catatônicos podem estar presentes em qualquer um dos cinco transtornos psicóticos a seguir: transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Podem também estar presentes em alguns transtornos do neurodesenvolvimento, em todos os transtornos bipolares ou depressivos e em outros transtornos mentais.

Catatonia Não Especificada

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de catatonia causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, embora não haja clareza quanto à natureza do transtorno mental subjacente ou de outra condição médica, não sejam satisfeitos todos os critérios para catatonia ou a informação existente não seja suficiente para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Nota para codificação: Codificar primeiro **781.99 (R29.818)** outros sintomas envolvendo sistema nervoso e musculoesquelético, seguido de **293.89 (F06.1)** catatonia não especificada.

Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado

298.8 (F28)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico que causam de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas que não satisfazem totos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. A categoria outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico específico. Isso é feito por meio de registro de "outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado", seguido da razão específica (p. ex., "alucinações auditivas persistentes").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas mediante uso do termo "outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado" incluem:

1. **Alucinações auditivas persistentes** que ocorrem na ausência de quaisquer outras características.
2. **Delírios com episódios significativos de humor sobrepostos:** Inclui delírios persistentes com períodos de episódios sobrepostos de humor que estão presentes durante parte substancial da perturbação delirante (de modo que o critério que estipula apenas perturbação breve do humor no transtorno delirante não está atendido).
3. **Síndrome psicótica atenuada:** Essa síndrome caracteriza-se por sintomas do tipo psicóticos que estão abaixo de um limiar para psicose plena (p. ex., os sintomas são menos graves e mais passageiros, e o *insight* é relativamente mantido).
4. **Sintomas delirantes em parceiro de pessoa com transtorno delirante:** No contexto de um relacionamento, os conteúdos dos delírios do parceiro dominador oferecem base para uma crença delirante pelo indivíduo que, de outra forma, não poderia satisfazer totalmente os critérios para transtorno delirante.

Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado

298.9 (F29)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. A categoria transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

O transtorno bipolar e transtornos relacionados são separados dos transtornos depressivos no DSM-5 e colocados entre os capítulos sobre transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos em virtude do reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre as duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. Os diagnósticos inclusos neste capítulo são transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado.

Os critérios para transtorno bipolar tipo I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Diferem da descrição clássica somente no que se refere ao fato de não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. No entanto, a vasta maioria dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco também tem episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas.

O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição "mais leve" que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos (um ano em crianças) de períodos hipomaníacos e depressivos, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

Muitas substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas podem estar associados a um fenômeno semelhante ao episódio maníaco. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

O reconhecimento de que muitos indivíduos, especialmente crianças e, em menor grau, adolescentes, vivenciam fenômenos semelhantes ao transtorno bipolar que não atendem aos critérios para transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II ou transtorno ciclotímico reflete-se na disponibilidade da categoria outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado. De fato, critérios específicos para um transtorno que envolva hipomania de curta duração são parte da Seção III, na esperança de estimular mais estudos desse transtorno.

Transtorno Bipolar Tipo I

Critérios Diagnósticos

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
   1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
   2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
   3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
   5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
   7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.
   Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Nota: Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:
   1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
   2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
   3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
   5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
   7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.
E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).
Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os Critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no transtorno bipolar tipo I, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno.

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.
   1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
   2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
   3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
   4. Insônia ou hipersonia quase diária.
   5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
   6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
   7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
   8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
   9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no transtorno bipolar tipo I, embora não seja necessário para o diagnóstico desse transtorno.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevi-

tavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.[1]

Transtorno Bipolar Tipo I

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D em "Episódio Maníaco" descritos anteriormente).
B. A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.

Procedimentos para Codificação e Registro

O código diagnóstico para transtorno bipolar tipo I baseia-se no tipo de episódio atual ou mais recente e em sua condição quanto a gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas só são indicadas se todos os critérios estiverem atualmente presentes para episódio maníaco ou depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados somente se todos os critérios não estão atualmente presentes para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior. Os códigos são descritos a seguir:

Transtorno bipolar tipo I	Episódio atual ou mais recente maníaco	Episódio atual ou mais recente hipomaníaco*	Episódio atual ou mais recente depressivo	Episódio atual ou mais recente não especificado**
Leve (p. 154)	296.41 (F31.11)	NA	296.51 (F31.31)	NA
Moderado (p. 154)	296.42 (F31.12)	NA	296.52 (F31.32)	NA
Grave (p. 154)	296.43 (F31.13)	NA	296.53 (F31.4)	NA
Com características psicóticas*** (p. 152)	296.44 (F31.2)	NA	296.54 (F31.5)	NA
Em remissão parcial (p. 154)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	NA
Em remissão completa (p. 154)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	NA

[1]Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como "dores do luto". Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em "se unir" a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Transtorno bipolar tipo I	Episódio atual ou mais recente maníaco	Episódio atual ou mais recente hipomaníaco*	Episódio atual ou mais recente depressivo	Episódio atual ou mais recente não especificado**
Não especificado	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	NA

*Os especificadores de gravidade e de características psicóticas não se aplicam; código 296.40 (F31.0) para casos que não estão em remissão.
**Os especificadores de gravidade, de características psicóticas e de remissão não se aplicam. Código 296.7 (F31.9).
***Se características psicóticas estão presentes, codificar com o especificador "com características psicóticas" independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na ordem a seguir: transtorno bipolar tipo I, tipo do episódio atual ou mais recente, especificadores de gravidade/características psicóticas/remissão, seguidos por tantos especificadores sem códigos quantos se aplicarem ao episódio atual ou mais recente.

Especificar:

Com sintomas ansiosos (p. 149)
Com características mistas (p. 149-150)
Com ciclagem rápida (p. 150)
Com características melancólicas (p. 151)
Com características atípicas (p. 151-152)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 152)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 152)
Com catatonia (p. 152). **Nota para codificação:** Usar o código adicional 293.89 (F06.1).
Com início no periparto (p. 152-153)
Com padrão sazonal (p. 153-154)

Características Diagnósticas

A característica essencial de um episódio maníaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária), acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais do Critério B. Se o humor é irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos quatro sintomas do Critério B devem estar presentes.

O humor, em um episódio maníaco, costuma ser descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado ou "sentindo-se no topo do mundo". Em certos casos, o humor é tão anormalmente contagiante que é reconhecido com facilidade como excessivo e pode ser caracterizado por entusiasmo ilimitado e indiscriminado para interações interpessoais, sexuais ou profissionais. Por exemplo, a pessoa pode espontaneamente iniciar conversas longas com estranhos em público. Algumas vezes, o humor predominante é irritável em vez de elevado, em particular quando os desejos do indivíduo são negados ou quando ele esteve usando substâncias. Mudanças rápidas no humor durante períodos breves de tempo podem ocorrer, sendo referidas como labilidade (i.e., alternância entre euforia, disforia e irritabilidade). Em crianças, felicidade, tolice e "estupidez" são normais no contexto de ocasiões especiais; se esses sintomas, porém, são recorrentes, inadequados ao contexto e além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, podem satisfazer o Critério A. Se a felicidade for incomum para a criança (i.e., diferente da habitual) e a mudança de humor ocorrer concomitantemente aos sintomas que satisfazem o Critério B para mania, aumenta a certeza diagnóstica; a mudança de humor deve, entretanto, estar acompanhada de aumento persistente da atividade ou da energia, que é evidente aos que conhecem bem a criança.

Durante o episódio maníaco, a pessoa pode se envolver em vários projetos novos ao mesmo tempo. Os projetos costumam ser iniciados com pouco conhecimento do tópico, sendo que nada parece estar fora do alcance do indivíduo. Os níveis de atividade aumentados podem se manifestar em horas pouco habituais do dia.

Autoestima inflada costuma estar presente, variando de autoconfiança sem críticas a grandiosidade acentuada, podendo chegar a proporções delirantes (Critério B1). Apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode dar início a tarefas complexas, como escrever um romance ou buscar publicidade por alguma invenção impraticável. Delírios de grandeza (p. ex., de ter um relacionamento especial com uma pessoa famosa) são comuns. Em crianças, supervalorização das capacidades e crença de que, por exemplo, podem ser as melhores no esporte ou as mais inteligentes em sala de aula são comuns; quando, no entanto, essas crenças estão presentes apesar de evidências claras do contrário, ou a criança tenta atos claramente perigosos e, mais importante, representa uma mudança de seu comportamento habitual, o critério de grandiosidade deve ser satisfeito.

Uma das características mais comuns é a redução da necessidade de sono (Critério B2), que difere da insônia, em que o indivíduo deseja dormir ou sente necessidade disso, mas não consegue. Ele pode dormir pouco, se conseguir, ou pode acordar várias horas mais cedo que o habitual, sentindo-se repousado e cheio de energia. Quando o distúrbio do sono é grave, o indivíduo pode ficar sem dormir durante dias e não ter cansaço. Frequentemente, a redução da necessidade de sono anuncia o início de um episódio maníaco.

A fala pode ser rápida, pressionada, alta e difícil de interromper (Critério B3). Os indivíduos podem falar continuamente e sem preocupação com os desejos de comunicação de outras pessoas, frequentemente de forma invasiva ou sem atenção à relevância do que é dito. Algumas vezes, a fala caracteriza-se por piadas, trocadilhos, bobagens divertidas e teatralidade, com maneirismos dramáticos, canto e gestos excessivos. A intensidade e o tom da fala costumam ser mais importantes que o que está sendo transmitido. Quando o humor está mais irritável do que expansivo, a fala pode ser marcada por reclamações, comentários hostis ou tiradas raivosas, especialmente se feitas tentativas para interromper o indivíduo. Sintomas do Critério A e do Critério B podem vir acompanhados de sintomas do polo oposto (i.e., depressivo) (ver o especificador "com características mistas", p. 149-150).

Com frequência, os pensamentos do indivíduo fluem a uma velocidade maior do que aquela que pode ser expressa na fala (Critério B4). É comum haver fuga de ideias, evidenciada por um fluxo quase contínuo de fala acelerada, com mudanças repentinas de um tópico a outro. Quando a fuga de ideias é grave, a fala pode se tornar desorganizada, incoerente e particularmente sofrida para o indivíduo. Os pensamentos às vezes são sentidos como tão abarrotados que fica difícil falar.

A distratibilidade (Critério B5) é evidenciada por incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes (p. ex., a roupa do entrevistador, os ruídos ou as conversas de fundo, os móveis da sala) e, com frequência, não permite que os indivíduos em episódio maníaco mantenham uma conversa racional ou respeitem orientações.

O aumento da atividade dirigida a objetivos frequentemente consiste em planejamento excessivo e participação em múltiplas atividades, incluindo atividades sexuais, profissionais, políticas ou religiosas. Impulso, fantasia e comportamento sexuais aumentados costumam estar presentes. Indivíduos em episódio maníaco costumam mostrar aumento da sociabilidade (p. ex., renovar velhas amizades ou telefonar para amigos ou até mesmo estranhos), sem preocupação com a natureza incômoda, dominadora e exigente dessas interações. Com frequência, exibem agitação ou inquietação psicomotoras (i.e., atividade sem uma finalidade), andando de um lado a outro ou mantendo múltiplas conversas simultaneamente. Há os que escrevem demasiadas cartas, *e-mails*, mensagens de texto, etc., sobre assuntos diversos a amigos, figuras públicas ou meios de comunicação.

O critério de aumento da atividade pode ser difícil de averiguar em crianças; quando, porém, a criança assume várias tarefas simultaneamente, começa a elaborar planos complicados e irreais para projetos, desenvolve preocupações sexuais antes ausentes e inadequadas ao nível de desenvolvimento (não justificadas por abuso sexual ou exposição a material de sexo explícito), o Critério B pode ser satisfeito com base no juízo clínico. É fundamental determinar se o comportamento representa uma mu-

dança em relação ao habitual da criança; se ocorre na maior parte do dia, quase todos os dias, durante o período de tempo necessário; e se ocorre em associação temporal com outros sintomas de mania.

Humor expansivo, otimismo excessivo, grandiosidade e juízo crítico prejudicado costumam levar a envolvimento imprudente em atividades como surtos de compras, doação de objetos pessoais, direção imprudente, investimentos financeiros insensatos e promiscuidade sexual incomuns ao indivíduo, mesmo quando essas atividades podem levar a consequências catastróficas (Critério B7). O indivíduo pode adquirir muitos itens desnecessários sem que tenha dinheiro para pagar por eles e, em alguns casos, doar esses objetos. O comportamento sexual pode incluir infidelidade ou encontros sexuais indiscriminados com estranhos, em geral sem atenção a risco de doenças sexualmente transmissíveis ou consequências interpessoais.

O episódio maníaco deve provocar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou necessitar de hospitalização para a prevenção de dano a si ou a outras pessoas (p. ex., perdas financeiras, atividades ilegais, perda de emprego, comportamento autodestrutivo). Por definição, a presença de características psicóticas durante um episódio maníaco também satisfaz o Critério C.

Sinais ou sintomas de mania que são atribuídos a efeitos fisiológicos de uma droga de abuso (p. ex., no contexto de intoxicação por cocaína ou anfetamina), a efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos (p. ex., esteroides, L-dopa, antidepressivos, estimulantes) ou a outra condição médica não justificam o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Um episódio maníaco completo, no entanto, surgido durante tratamento (p. ex., medicamentos, eletroconvulsoterapia, fototerapia) ou uso de droga e que persiste além do efeito fisiológico do agente indutor (i.e., após o medicamento estar completamente ausente do organismo do indivíduo ou os efeitos esperados da eletroconvulsoterapia estarem totalmente dissipados) é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio maníaco (Critério D). Indica-se cautela para que um ou mais sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio maníaco ou hipomaníaco nem necessariamente uma indicação de diátese bipolar. É necessário preencher o critério para um episódio maníaco para se fazer o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, mas não há necessidade de haver episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. Eles podem, contudo, anteceder ou seguir um episódio maníaco. Descrições completas das características diagnósticas de um episódio hipomaníaco podem ser encontradas no texto do transtorno bipolar tipo II, e as características de um episódio depressivo maior estão descritas no texto sobre transtorno depressivo maior.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Durante um episódio maníaco, é comum os indivíduos não perceberem que estão doentes ou necessitando de tratamento, resistindo, com veemência, às tentativas de tratamento. Podem mudar a forma de se vestir, a maquiagem ou a aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou extravagante. Alguns percebem maior acurácia olfativa, auditiva ou visual. Jogos de azar e comportamentos antissociais podem acompanhar o episódio maníaco. Há pessoas que podem se tornar hostis e fisicamente ameaçadoras a outras e, quando delirantes, podem agredir fisicamente ou suicidar-se. As consequências catastróficas de um episódio maníaco (p. ex., hospitalização involuntária, dificuldades com a justiça, dificuldades financeiras graves) costumam resultar do juízo crítico prejudicado, da perda de *insight* e da hiperatividade.

O humor pode mudar rapidamente para raiva ou depressão. Podem ocorrer sintomas depressivos durante um episódio maníaco e, quando presentes, durar momentos, horas ou, mais raramente, dias (ver o especificador "com características mistas", p. 149-150).

Prevalência

A prevalência em 12 meses estimada nos Estados Unidos foi de 0,6% para transtorno bipolar tipo I, como definido no DSM-IV. A prevalência em 12 meses do transtorno em 11 países variou de 0,0 a 0,6%. A razão da prevalência ao longo da vida entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino é de aproximadamente 1,1:1.

Desenvolvimento e Curso

A média de idade de início do primeiro episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior é de cerca de 18 anos para transtorno bipolar tipo I. Considerações especiais são necessárias para o diagnóstico em crianças. Uma vez que crianças com a mesma idade podem estar em estágios do desenvolvimento diferentes, fica difícil definir com precisão o que é "normal" ou "esperado" em um determinado ponto. Assim, cada criança deve ser considerada de acordo com seu comportamento habitual. O início ocorre ao longo do ciclo de vida, inclusive os primeiros sintomas podem iniciar aos 60 ou 70 anos. O início dos sintomas maníacos (p. ex., desinibição sexual ou social) no fim da vida adulta ou na senescência deve indicar a possibilidade de condições médicas (p. ex., transtorno neurocognitivo frontotemporal) e de ingestão ou abstinência de substância.

Mais de 90% dos indivíduos que tiveram um único episódio de mania têm episódios recorrentes de humor. Cerca de 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio depressivo maior. Pessoas com transtorno bipolar tipo I que tiveram múltiplos episódios (quatro ou mais) de humor (depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco) em um ano recebem o especificador "com ciclagem rápida".

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Transtorno bipolar é mais comum em países com pessoas com renda elevada do que com renda mais baixa (1,4 vs. 0,7%). Pessoas separadas, divorciadas ou viúvas têm taxas mais altas de transtorno bipolar tipo I do que aquelas casadas ou que nunca casaram, mas o sentido em que a associação se modifica não é clara.

Genéticos e fisiológicos. História familiar de transtorno bipolar é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes para transtornos dessa categoria. Há, em média, risco 10 vezes maior entre parentes adultos de indivíduos com transtornos bipolar tipo I e tipo II. A magnitude do risco aumenta com o grau de parentesco. Esquizofrenia e transtorno bipolar provavelmente partilham uma origem genética, refletida na coagregação familiar de esquizofrenia e transtorno bipolar.

Modificadores do curso. Depois que uma pessoa teve um episódio maníaco com características psicóticas, há maior probabilidade de os episódios maníacos subsequentes incluírem características psicóticas. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual está acompanhado de características psicóticas incongruentes com o humor.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há poucas informações sobre diferenças culturais específicas na apresentação do transtorno bipolar tipo I. Uma explicação possível para isso pode ser a de que os instrumentos diagnósticos costumam ser traduzidos e aplicados em culturas diferentes sem validação transcultural. Em um estudo norte-americano, a prevalência em 12 meses de transtorno bipolar tipo I foi significativamente mais baixa para afro-caribenhos do que para afro-americanos ou brancos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino são mais suscetíveis a estados de ciclagem rápida e mistos e a padrões de comorbidade que diferem daqueles do sexo masculino, incluindo taxas mais altas de transtornos alimentares ao longo da vida. Indivíduos do sexo feminino com transtorno bipolar tipo I ou tipo II têm maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos. Também têm risco maior ao longo da vida de transtorno por uso de álcool do que os indivíduos do sexo masculino e uma probabilidade ainda maior de transtorno por uso de álcool do que indivíduos do sexo feminino na população em geral.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtorno bipolar é estimado em pelo menos 15 vezes o da população em geral. Na verdade, o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios. História pregressa de tentativa de suicídio e o percentual de dias passados em depressão no ano anterior estão associados com risco maior de tentativas de suicídio e sucesso nessas tentativas.

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar Tipo I

Embora muitos indivíduos com transtorno bipolar retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas, em especial em relação à recuperação do funcionamento profissional, resultando em condição socioeconômica inferior apesar de níveis equivalentes de educação, quando comparados com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar tipo I têm desempenho pior do que pessoas saudáveis em testes cognitivos. Os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Transtorno depressivo maior pode também vir acompanhado de sintomas hipomaníacos ou maníacos (i.e., menos sintomas ou por período menor do que o necessário para mania ou hipomania). Quando o indivíduo se apresenta em um episódio de depressão maior, deve-se atentar para episódios anteriores de mania ou hipomania. Sintomas de irritabilidade podem estar associados a transtorno depressivo maior ou a transtorno bipolar, aumentando a complexidade diagnóstica.

Outros transtornos bipolares. O diagnóstico de transtorno bipolar tipo I diferencia-se do de transtorno bipolar tipo II pela presença de algum episódio anterior de mania. Outro transtorno bipolar e transtornos relacionados especificado ou transtorno bipolar e transtornos relacionados não especificado devem ser diferenciados dos transtornos bipolar tipo I e tipo II, considerando-se se os episódios com sintomas maníacos ou hipomaníacos ou os episódios com sintomas depressivos preenchem plenamente ou não os critérios para aquelas condições.

Um transtorno bipolar devido a outra condição médica pode ser diferenciado dos transtornos bipolar tipo I e tipo II pela identificação, baseada nas melhores evidências clínicas, de uma condição médica com relação causal.

Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou outros transtornos de ansiedade. Esses transtornos devem ser considerados no diagnóstico diferencial tanto como transtorno primário quanto, em alguns casos, como transtorno comórbido. Uma história clínica cuidadosa é necessária para diferenciar transtorno de ansiedade generalizada de transtorno bipolar, uma vez que ruminações ansiosas podem ser confundidas com pensamentos acelerados, e esforços para minimizar sentimentos de ansiedade podem ser entendidos como comportamento impulsivo. Da mesma maneira, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático precisam ser diferenciados de transtorno bipolar. É útil considerar a natureza episódica dos sintomas descritos, bem como avaliar possíveis desencadeadores dos sintomas, ao ser feito esse diagnóstico diferencial.

Transtorno bipolar induzido por substância/medicamento. Transtornos por uso de substâncias podem se manifestar com sintomas maníacos induzidos por substância/medicamento e precisam ser diferenciados de transtorno bipolar tipo I. A resposta a estabilizadores do humor durante mania induzida por substância/medicamento pode não ser, necessariamente, suficiente para se diagnosticar transtorno bipolar. Pode existir sobreposição substancial diante da tendên-

cia de pessoas com transtorno bipolar tipo I a utilizar substâncias em demasia durante um episódio. Um diagnóstico primário de transtorno bipolar deve ser estabelecido com base nos sintomas que persistem depois que as substâncias não estejam mais sendo usadas.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Este transtorno pode ser erroneamente diagnosticado como transtorno bipolar, em especial em adolescentes e crianças. São muitos os sintomas sobrepostos com os sintomas de mania, como fala rápida, pensamentos acelerados, distratibilidade e menor necessidade de sono. A "dupla contagem" de sintomas voltados tanto ao TDAH como ao transtorno bipolar pode ser evitada se o clínico esclarecer se o(s) sintoma(s) representa(m) um episódio distinto.

Transtornos da personalidade. Os transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade *borderline*, podem ter sobreposição sintomática substancial com transtornos bipolares, uma vez que labilidade do humor e impulsividade são comuns nas duas condições. Para o diagnóstico de transtorno bipolar, os sintomas devem representar um episódio distinto e um aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio de humor não tratado.

Transtornos com irritabilidade acentuada. Em indivíduos com irritabilidade importante, especialmente crianças e adolescentes, deve-se ter o cuidado de diagnosticar transtorno bipolar apenas aos que tiveram um episódio claro de mania ou hipomania – isto é, um período de tempo distinto, com a duração necessária, durante o qual a irritabilidade foi claramente diferente do comportamento habitual do indivíduo e foi acompanhada pelo início dos sintomas do Critério B. Quando a irritabilidade de uma criança é persistente e particularmente grave, é mais apropriado o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. De fato, quando qualquer criança está sendo avaliada para mania, é fundamental que os sintomas representem uma mudança inequívoca de seu comportamento típico.

Comorbidade

Transtornos mentais comórbidos são comuns, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (p. ex., ataques de pânico, transtorno de ansiedade social [fobia social], fobia específica), que ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos. Qualquer transtorno disruptivo, TDAH, transtorno do controle de impulsos ou da conduta (p. ex., transtorno explosivo intermitente, transtorno de oposição desafiante, transtorno da conduta) e qualquer transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool) ocorrem em mais da metade dos indivíduos com transtorno bipolar tipo I. Adultos com transtorno bipolar tipo I apresentam taxas elevadas de condições médicas comórbidas sérias e/ou não tratadas. Síndrome metabólica e enxaqueca são mais comuns entre pessoas com transtorno bipolar do que na população em geral. Mais da metade das pessoas cujos sintomas satisfazem os critérios de transtorno bipolar tem um transtorno por uso de álcool, e aquelas com os dois transtornos têm grande risco de tentar suicídio.

Transtorno Bipolar Tipo II

Critérios Diagnósticos **296.89 (F31.81)**

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo II, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio hipomaníaco atual ou anterior *e* os critérios a seguir para um episódio depressivo maior atual ou anterior:

Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:
   1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
   2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
   3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
   5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
   7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.
D. A perturbação no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.
E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).
   Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
   Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.
   1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
   2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
   3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado.)
   4. Insônia ou hipersonia quase diária.
   5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
   6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
   7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
   8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
   9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.
Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada. Essa decisão exige inevitavelmente exercício de juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.[2]

Transtorno Bipolar Tipo II

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A-F em "Episódio Hipomaníaco" descritos anteriormente).
B. Jamais houve um episódio maníaco.
C. A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
D. Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada por alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.

Procedimentos para Codificação e Registro

O transtorno bipolar tipo II tem o seguinte código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Sua caracterização com respeito a gravidade atual, presença de características psicóticas, curso e outros especificadores não pode ser codificada, mas deve ser indicada por escrito (p. ex., transtorno bipolar tipo II 296.89 [F31.81], episódio atual depressivo, gravidade moderada, com características mistas; transtorno bipolar tipo II 296.89 [F31.81], episódio mais recente depressivo, em remissão parcial).

Especificar episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco
Depressivo

Especificar se:

Com sintomas ansiosos (p. 149)
Com características mistas (p. 149-150)
Com ciclagem rápida (p. 150)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 152)
Com características psicóticas incongruentes com humor (p. 152)
Com catatonia (p. 152). **Nota para codificação:** Usar o código adicional 293.89 (F06.1).

---

[2]Ao diferenciar luto de um EDM, é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como "dores do luto". Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em "se unir" a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Com início no periparto (p. 152-153)
Com padrão sazonal (p. 153-154): Aplica-se somente ao padrão de episódios depressivos maiores.

Especificar o curso se todos os critérios para um episódio de humor não estão atualmente satisfeitos:
Em remissão parcial (p. 153)
Em remissão completa (p. 153)

Especificar a gravidade se todos os critérios para um episódio de humor estão atualmente satisfeitos:
Leve (p. 154)
Moderada (p.154)
Grave (p. 154)

Características Diagnósticas

O transtorno bipolar tipo II caracteriza-se por um curso clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores (Critérios A-C em "Episódio Depressivo Maior") e pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A-F em "Episódio Hipomaníaco"). O episódio depressivo maior deve ter duração de pelo menos duas semanas, e o hipomaníaco, de, no mínimo, quatro dias, para que sejam satisfeitos os critérios diagnósticos. Durante o(s) episódio(s) de humor, a quantidade necessária de sintomas deve estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, além de os sintomas representarem uma mudança notável do comportamento e do funcionamento habituais. A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença exclui o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II (Critério B em "Transtorno Bipolar tipo II"). Episódios de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento ou de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento (devido aos efeitos fisiológicos de um fármaco, outros tratamentos somáticos para depressão, drogas de abuso ou exposição a toxina) ou transtorno depressivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica ou transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não contam para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, a menos que persistam além dos efeitos fisiológicos do tratamento ou da substância e atendam aos critérios de duração para um episódio. Além disso, os episódios não devem ser mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, não estando sobreposto à esquizofrenia, ao transtorno esquizofreniforme, ao transtorno delirante ou a outro transtorno do espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos especificado ou ao transtorno do espectro esquizofrenia e outros transtornos psicóticos não especificado (Critério C em "Transtorno Bipolar tipo II"). Os episódios depressivos ou as oscilações hipomaníacas devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D em "Transtorno Bipolar tipo II"); para episódios hipomaníacos, porém, essa exigência não precisa ser atendida. Um episódio hipomaníaco que causa prejuízo significativo poderia ser diagnosticado como episódio maníaco e diagnóstico de transtorno bipolar tipo I ao longo da vida. Os episódios depressivos maiores recorrentes costumam ser mais frequentes e prolongados do que os que ocorrem no transtorno bipolar tipo I.

Pessoas com transtorno bipolar tipo II normalmente se apresentam ao clínico durante um episódio depressivo maior, sendo improvável que se queixem inicialmente de hipomania. Em geral, os episódios hipomaníacos não causam prejuízo por si mesmos. Em vez disso, o prejuízo é consequência dos episódios depressivos maiores ou do padrão persistente de mudanças e oscilações imprevisíveis de humor e da instabilidade do funcionamento interpessoal ou profissional. Os indivíduos com transtorno bipolar tipo II podem não encarar os episódios hipomaníacos como patológicos ou prejudiciais, embora outras pessoas possam se sentir perturbadas por seu comportamento errático. Informações clínicas dadas por outras pessoas, como amigos mais próximos ou parentes, costumam ser úteis para o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno bipolar tipo II.

Um episódio hipomaníaco não deve ser confundido com os vários dias de eutimia e de restauração da energia ou da atividade que podem vir após a remissão de um episódio depressivo maior. Apesar das diferenças substanciais na duração e na gravidade entre um episódio maníaco e um hipomaníaco, o transtorno bipolar tipo II não representa uma "forma mais leve" do transtorno bipolar tipo I. Comparados com indivíduos com transtorno bipolar tipo I, os que apresentam transtorno

bipolar tipo II têm maior cronicidade da doença e passam, em média, mais tempo na fase depressiva, que pode ser grave e/ou incapacitante. Sintomas depressivos durante um episódio hipomaníaco ou sintomas hipomaníacos durante um episódio depressivo são comuns em indivíduos com transtorno bipolar tipo II e são mais comuns no sexo feminino, especialmente hipomania com características mistas. Indivíduos com hipomania com características mistas podem não caracterizar seus sintomas como hipomania, experimentando-os como depressão com aumento de energia ou irritabilidade.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Uma característica comum do transtorno bipolar tipo II é a impulsividade, que pode contribuir com tentativas de suicídio e transtornos por uso de substância. A impulsividade pode também se originar de um transtorno da personalidade comórbido, transtorno por uso de substância, transtorno de ansiedade, outro transtorno mental ou uma condição médica. Pode haver níveis aumentados de criatividade em alguns indivíduos com transtorno bipolar. A relação pode ser, no entanto, não linear; isto é, grandes realizações criativas na vida têm sido associadas a formas mais leves de transtorno bipolar, e criatividade superior foi identificada em familiares não afetados. A satisfação que o indivíduo tem com a criatividade aumentada durante episódios hipomaníacos pode contribuir para ambivalência quanto a buscar tratamento ou prejudicar a adesão a ele.

Prevalência

A prevalência em 12 meses do transtorno bipolar tipo II, internacionalmente, é de 0,3%. Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é de 0,8%. A taxa de prevalência do transtorno bipolar tipo II pediátrico é difícil de estabelecer. No DSM-IV, transtornos bipolar tipo I, bipolar tipo II e bipolar sem outras especificações resultaram em uma taxa de prevalência combinada de 1,8% em amostras de comunidades nos Estados Unidos e fora do país, com taxas superiores (2,7% inclusive) em jovens com 12 anos de idade ou mais.

Desenvolvimento e Curso

Embora o transtorno bipolar tipo II possa começar no fim da adolescência e durante a fase adulta, a idade média de início situa-se por volta dos 25 anos, o que é um pouco mais tarde em comparação ao transtorno bipolar tipo I e mais cedo em comparação ao transtorno depressivo maior. Normalmente, a doença inicia com um episódio depressivo e não é reconhecida como transtorno bipolar tipo II até o surgimento de um episódio hipomaníaco, o que acontece em cerca de 12% das pessoas com diagnóstico inicial de transtorno depressivo maior. Transtorno de ansiedade, por uso de substância ou transtorno alimentar podem também anteceder o diagnóstico, complicando sua detecção. Muitos indivíduos têm vários episódios de depressão maior antes da identificação do primeiro episódio hipomaníaco.

A quantidade de episódios na vida (hipomaníacos e depressivos maiores) tende a ser superior para transtorno bipolar tipo II em comparação a transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar tipo I. No entanto, indivíduos com transtorno bipolar I estão, na realidade, mais propensos a ter sintomas hipomaníacos do que aqueles com transtorno bipolar tipo II. O intervalo entre episódios de humor, no curso de um transtorno bipolar tipo II, tende a diminuir com o envelhecimento. Enquanto o episódio hipomaníaco é a característica que define o transtorno bipolar tipo II, os episódios depressivos são mais duradouros e incapacitantes ao longo do tempo. Apesar do predomínio da depressão, ocorrido um episódio hipomaníaco, o diagnóstico passa a transtorno bipolar tipo II e jamais se reverte para transtorno depressivo maior.

Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar tipo II têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (hipomaníaco ou depressivo maior) nos 12 meses anteriores. Quando presente, esse padrão é registrado pelo especificador "com ciclagem rápida". Por definição, sintomas psicóticos não ocorrem em episódios hipomaníacos e parecem ser menos frequentes em episódios depressivos maiores do transtorno bipolar tipo II do que nos do transtorno bipolar tipo I.

Mudança de um episódio depressivo para um maníaco ou hipomaníaco (com ou sem características mistas) pode ocorrer tanto espontaneamente como durante o tratamento para depressão. Cerca de

5 a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar tipo II acabam por desenvolver um episódio maníaco, o que muda o diagnóstico para transtorno bipolar tipo I, independentemente do curso posterior.

Costuma ser um desafio fazer o diagnóstico em crianças, sobretudo naquelas com irritabilidade e hiperexcitabilidade *não episódicas* (i.e., ausência de períodos bem delimitados de humor alterado). Irritabilidade não episódica nos jovens está associada a risco elevado para transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, mas não transtorno bipolar, na vida adulta. Jovens persistentemente irritáveis têm taxas familiares inferiores de transtorno bipolar, na comparação com jovens com transtorno bipolar. Para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, os sintomas da criança devem exceder o esperado em determinado ambiente e cultura para seu estágio de desenvolvimento. Comparado ao início no adulto, o início do transtorno bipolar tipo II na infância ou na adolescência pode estar associado a um curso mais grave ao longo da vida. A taxa de incidência em três anos do início do transtorno bipolar tipo II em adultos com mais de 60 anos é de 0,34%. No entanto, distinguir indivíduos com mais de 60 anos com transtorno bipolar tipo II de início precoce ou tardio não parece ter qualquer utilidade clínica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de transtorno bipolar tipo II tende a ser mais elevado entre parentes de pessoas com essa condição, em oposição a pessoas com transtorno bipolar tipo I ou transtorno depressivo maior. Pode haver fatores genéticos influenciando a idade do início de transtornos bipolares.

Modificadores do curso. Um padrão de ciclagem rápida está associado a pior prognóstico. O retorno a um nível prévio de funcionamento social para pessoas com transtorno bipolar tipo II é mais provável para indivíduos mais jovens e com depressão menos grave, sugerindo efeitos adversos da doença prolongada na recuperação. Mais educação, menos anos da doença e estar casado têm associação independente com a recuperação funcional em indivíduos com transtorno bipolar, mesmo depois de ser levado em conta o tipo de diagnóstico (I vs. II), os sintomas depressivos atuais e a presença de comorbidade psiquiátrica.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Enquanto a proporção de gênero para transtorno bipolar tipo I é igual, os achados sobre diferenças de gênero no transtorno bipolar tipo II são mistos, diferindo pelo tipo de amostra (i.e., registro, comunidade ou clínico) e país de origem. Há pouca ou nenhuma evidência de diferenças de gênero em indivíduos bipolares, enquanto algumas amostras clínicas, mas não todas, sugerem que o transtorno bipolar tipo II é mais comum no sexo feminino do que no masculino, o que pode refletir diferenças de gênero na busca de tratamento ou outros fatores.

Padrões de doença e comorbidade, porém, parecem diferir por gênero, com indivíduos do sexo feminino apresentando mais probabilidade do que os do sexo masculino de relatar hipomania com características mistas depressivas e um curso de ciclagem rápida. O parto pode ser um desencadeador específico para um episódio hipomaníaco, o que pode ocorrer em 10 a 20% das mulheres em populações não clínicas, mais comumente no começo do período pós-parto. Diferenciar hipomania de humor eufórico e sono reduzido, que costumam acompanhar o nascimento de um filho, pode ser um desafio. A hipomania pós-parto pode prenunciar o início de uma depressão que ocorre em cerca de metade das mulheres que apresentam "euforia" pós-parto. Uma detecção precisa de transtorno bipolar tipo II pode ajudar a estabelecer o tratamento adequado da depressão, capaz de reduzir o risco de suicídio e infanticídio.

Risco de Suicídio

É elevado o risco de suicídio no transtorno bipolar tipo II. Cerca de um terço dos indivíduos com o transtorno relata história de tentativa de suicídio ao longo da vida. As taxas de prevalência de suicídios tentados durante a vida, nos transtornos bipolar tipo I e tipo II, parecem assemelhar-

-se (32,4 e 36,3%, respectivamente). A letalidade das tentativas, entretanto, definida por uma proporção menor de tentativas até suicídios consumados, pode ser maior em indivíduos com transtorno bipolar tipo II comparados àqueles com transtorno bipolar tipo I. Pode existir associação entre marcadores genéticos e risco aumentado de comportamento suicida em indivíduos com transtorno bipolar, incluindo risco 6,5 vezes maior de suicídio entre parentes de primeiro grau de probandos com transtorno bipolar tipo II comparados aos com transtorno bipolar tipo I.

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar Tipo II

Embora muitas pessoas com transtorno bipolar tipo II voltem a um nível totalmente funcional entre os episódios de humor, pelo menos 15% continuam a ter alguma disfunção entre os episódios, e 20% mudam diretamente para outro episódio de humor sem recuperação entre episódios. A recuperação funcional está muito aquém da recuperação dos sintomas do transtorno bipolar tipo II, especialmente no que diz respeito à recuperação profissional, resultando em condição socioeconômica mais baixa apesar de níveis equivalentes de educação em comparação com a população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar tipo II têm desempenho inferior ao daqueles saudáveis em testes cognitivos e, exceto em memória e fluência semântica, têm prejuízo cognitivo similar ao de pessoas com transtorno bipolar tipo I. Os prejuízos cognitivos associados ao transtorno bipolar tipo II podem contribuir para dificuldades no trabalho. Desemprego prolongado em indivíduos com transtorno bipolar está associado a mais episódios de depressão, idade mais avançada, taxas maiores de transtorno de pânico atual e história de transtorno por uso de álcool ao longo da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Talvez o diagnóstico diferencial mais desafiador a ser considerado é o de transtorno depressivo maior, que pode estar acompanhado de sintomas hipomaníacos ou maníacos que não satisfazem a totalidade dos critérios (i.e., menos sintomas ou menor duração que o necessário para um episódio hipomaníaco). Isso é especialmente verdadeiro na avaliação de pessoas com sintomas de irritabilidade, que podem estar associados a transtorno depressivo maior ou a transtorno bipolar tipo II.

Transtorno ciclotímico. No transtorno ciclotímico, há vários períodos de sintomas hipomaníacos e inúmeros períodos de sintomas depressivos que não atendem aos critérios de números de sintomas ou de duração para episódio depressivo maior. O transtorno bipolar tipo II é diferente do transtorno ciclotímico pela presença de um ou mais episódios depressivos. Quando ocorre um episódio depressivo maior após os dois primeiros anos de transtorno ciclotímico, é estabelecido o diagnóstico adicional de transtorno bipolar tipo II.

Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos relacionados. O transtorno bipolar tipo II deve ser diferenciado de transtornos psicóticos (p. ex., transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia e transtorno delirante). Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante são todos caracterizados por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas acentuados de humor. Outras considerações úteis incluem os sintomas associados, o curso anterior e a história familiar.

Transtorno de pânico e outros transtornos de ansiedade. Transtornos de ansiedade precisam ser levados em conta no diagnóstico diferencial e podem, com frequência, estar presentes como transtornos comórbidos.

Transtornos por uso de substância. Transtornos por uso de substância fazem parte do diagnóstico diferencial.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade pode ser diagnosticado erroneamente como transtorno bipolar tipo II, sobretudo em adolescentes e crianças. Muitos sintomas de TDAH, como rapidez da fala, velocidade dos pensamentos,

distratibilidade e menor necessidade de sono, sobrepõem-se aos de hipomania. A "dupla contagem" de sintomas para TDAH e transtorno bipolar tipo II pode ser evitada se o clínico esclarecer se os sintomas representam um episódio distinto e se o aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo, necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, está presente.

Transtornos da personalidade. A mesma convenção aplicada para o TDAH vale para a avaliação de um indivíduo para transtorno da personalidade, como o transtorno da personalidade *borderline*, uma vez que a oscilação do humor e a impulsividade são comuns nos transtornos da personalidade e no transtorno bipolar tipo II. Os sintomas devem representar um episódio distinto, e o aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo, necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, deve estar presente. Não deve ser feito diagnóstico de transtorno da personalidade durante episódio não tratado de humor, a não ser que a história de vida apoie a presença de um transtorno da personalidade.

Outros transtornos bipolares. Diagnóstico de transtorno bipolar tipo II deve ser diferenciado de transtorno bipolar tipo I pela avaliação criteriosa quanto a ter havido ou não episódios passados de mania. Deve ser diferenciado de outro transtorno bipolar e transtornos relacionados especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado pela confirmação da presença de episódios completos de hipomania e depressão.

Comorbidade

O transtorno bipolar tipo II é associado, com muita frequência, a um ou mais de um transtorno mental comórbido, sendo os transtornos de ansiedade os mais comuns. Cerca de 60% das pessoas com transtorno bipolar tipo II têm três ou mais transtornos mentais comórbidos; 75% têm transtorno de ansiedade; e 37%, transtorno por uso de substância. Crianças e adolescentes com transtorno bipolar tipo II têm uma taxa superior de transtornos de ansiedade comórbidos comparados àqueles com transtorno bipolar tipo I, e o transtorno de ansiedade ocorre mais frequentemente antes do transtorno bipolar. Transtorno de ansiedade e transtornos por uso de substâncias ocorrem em indivíduos com transtorno bipolar tipo II em proporção mais alta do que na população em geral. Cerca de 14% das pessoas com transtorno bipolar tipo II têm pelo menos um transtorno alimentar ao longo da vida, com o transtorno de compulsão alimentar sendo mais comum que a bulimia nervosa e a anorexia nervosa.

Esses transtornos comórbidos geralmente parecem não seguir um curso que seja realmente independente daquele do transtorno bipolar; têm, isto sim, fortes associações com os estados de humor. Por exemplo, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares tendem a associar-se mais com sintomas depressivos, e transtornos por uso de substâncias estão moderadamente associados a sintomas maníacos.

Transtorno Ciclotímico

Critérios Diagnósticos **301.13 (F34.0)**

A. Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes), presença de vários períodos com sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para episódio hipomaníaco e vários períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior.
B. Durante o período antes citado de dois anos (um ano em crianças e adolescentes), os períodos hipomaníaco e depressivo estiveram presentes por pelo menos metade do tempo, e o indivíduo não permaneceu sem os sintomas por mais que dois meses consecutivos.
C. Os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos.
D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado.

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
F. Os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com sintomas ansiosos (ver p. 149)

Características Diagnósticas

O transtorno ciclotímico tem como característica essencial a cronicidade e a oscilação do humor, envolvendo vários períodos de sintomas hipomaníacos e períodos de sintomas depressivos distintos entre si (Critério A). Os sintomas hipomaníacos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio hipomaníaco; e os sintomas depressivos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio depressivo maior. Durante o período inicial de dois anos (um ano para crianças e adolescentes), os sintomas precisam ser persistentes (presentes na maioria dos dias), e qualquer intervalo sem sintomas não pode durar mais do que dois meses (Critério B). O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito somente quando os critérios para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos (Critério C).

Se um indivíduo com transtorno ciclotímico subsequente (i.e., após os primeiros dois anos em adultos e um ano em crianças e adolescentes) apresenta um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico muda para transtorno depressivo maior, transtorno bipolar tipo I, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado ou transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado (subclassificado como episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior), respectivamente, e o diagnóstico de transtorno ciclotímico é abandonado.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico não é feito se o padrão de mudanças do humor é mais bem explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado (Critério D), caso em que os sintomas de humor são considerados características associadas ao transtorno psicótico. A perturbação do humor também não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo) (Critério E). Embora alguns indivíduos possam funcionar particularmente bem durante certos períodos de hipomania, ao longo do curso prolongado do transtorno deve ocorrer sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo em consequência da perturbação do humor (Critério F). O prejuízo pode se desenvolver em decorrência de períodos prolongados de mudanças cíclicas do humor, frequentemente imprevisíveis (p. ex., o indivíduo pode ser visto como temperamental, mal-humorado, imprevisível, incoerente ou não confiável).

Prevalência

A prevalência ao longo da vida do transtorno ciclotímico é de 0,4 a 1%. A prevalência em clínicas de transtorno do humor pode variar de 3 a 5%. Na população em geral, o transtorno ciclotímico aparenta ser igualmente comum em ambos os sexos. Em ambientes clínicos, indivíduos do sexo feminino com o transtorno provavelmente buscam mais o atendimento em comparação com os do masculino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno ciclotímico costuma ter início na adolescência ou no início da vida adulta e é, às vezes, considerado reflexo de uma predisposição do temperamento a outros transtornos apresentados neste capítulo. O transtorno ciclotímico normalmente tem início insidioso e curso persistente. Há risco

de 15 a 50% de um indivíduo com transtorno ciclotímico desenvolver posteriormente transtorno bipolar tipo I ou transtorno bipolar tipo II. O início de sintomas hipomaníacos e depressivos persistentes e oscilantes no fim da vida adulta precisa ser claramente diferenciado de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e de transtorno depressivo devido a outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla) antes de ser dado diagnóstico de transtorno ciclotímico. Entre crianças com transtorno ciclotímico, a idade média do início dos sintomas é 6,5 anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Transtorno depressivo maior, transtorno bipolar tipo I e transtorno bipolar tipo II são mais comuns entre parentes biológicos de primeiro grau de pessoas com transtorno ciclotímico do que na população em geral. Pode, ainda, haver risco familiar aumentado de transtornos relacionados a substâncias. O transtorno ciclotímico pode ser mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno bipolar tipo I do que na população em geral.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno depressivo devido a outra condição médica. O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica ou transtorno depressivo devido a outra condição médica é realizado quando a perturbação do humor é avaliada como atribuível ao efeito fisiológico de uma condição médica específica, normalmente crônica (p. ex., hipertireoidismo). Essa determinação baseia-se na história, no exame físico ou nos achados laboratoriais. Quando avaliado que os sintomas hipomaníacos e depressivos não são consequência fisiológica da condição médica, o transtorno mental primário (i.e., transtorno ciclotímico) e a condição médica são diagnosticados. Por exemplo, seria esse o caso se os sintomas de humor fossem considerados como a consequência psicológica (não fisiológica) de ter uma condição médica crônica, ou quando não houver relação etiológica entre os sintomas hipomaníacos e depressivos e a condição médica.

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento. Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento são diferentes de transtorno ciclotímico pelo fato de que uma substância/medicamento (sobretudo estimulantes) tem relação etiológica com a perturbação do humor. As frequentes alterações de humor sugestivas de transtorno ciclotímico em geral se dissipam após a cessação do uso da substância/medicamento.

Transtorno bipolar tipo I, com ciclagem rápida, e transtorno bipolar tipo II, com ciclagem rápida. Os dois transtornos podem se assemelhar ao transtorno ciclotímico devido às mudanças frequentes e acentuadas no humor. Por definição, no transtorno ciclotímico, os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, nunca foram satisfeitos, ao passo que o especificador "com ciclagem rápida" para transtorno bipolar tipo I e transtorno bipolar tipo II exige a presença de episódios completos de humor.

Transtorno da personalidade *borderline*. O transtorno da personalidade *borderline* está associado a mudanças acentuadas no humor que podem sugerir transtorno ciclotímico. Se os critérios forem preenchidos para os dois transtornos, ambos devem ser diagnosticados.

Comorbidade

Transtornos relacionados a substâncias e transtornos do sono (i.e., dificuldades para iniciar e manter o sono) podem estar presentes em pessoas com transtorno ciclotímico. A maior parte das crianças com transtorno ciclotímico tratadas em ambulatórios psiquiátricos tem transtornos

mentais comórbidos e apresenta mais propensão do que outros pacientes pediátricos com transtornos mentais para ter comorbidade com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Perturbação acentuada e persistente no humor que predomina no quadro clínico, caracterizada por humor eufórico, expansivo ou irritável, com ou sem humor deprimido, ou redução marcadamente diminuída no interesse ou no prazer em todas ou quase todas as atividades.
B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais dos itens (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou logo depois de intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição ao medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação no humor não é mais bem explicada por transtorno bipolar ou transtorno relacionado que não é induzido por substância/medicamento. Tais evidências de um transtorno bipolar ou transtorno relacionado independente podem incluir:

   Os sintomas antecedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (p. ex., cerca de um mês) após a interrupção de abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outra evidência sugerindo a existência de transtorno bipolar e transtorno relacionado não induzido por substância/medicamento independente (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).
D. A perturbação no humor não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação no humor causa sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

   Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para transtorno bipolar e transtornos relacionados induzido por [substância/medicamento específico] estão indicados na tabela a seguir. Observar que o código da CID-10-MC depende de haver ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido a transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, o número da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância (p. ex., "transtorno por uso de cocaína leve com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido a transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, o número da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após um único uso pesado da substância), o número da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar somente transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para diagnósticos associados à classe da substância):

Com início durante a intoxicação: Se os critérios são preenchidos para intoxicação pela substância, e os sintomas desenvolvem-se durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios são preenchidos para abstinência da substância, e os sintomas desenvolvem-se durante, ou logo após, a abstinência.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento termina com o nome da substância (p. ex., cocaína, dexametasona) que supostamente causou os sintomas de humor bipolar. O código diagnóstico é selecionado da tabela, com base na classe da substância. No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma classe (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que uma substância é considerada o fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno é seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substância em um só código, a CID-9-MC fornece um código separado para transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas irritáveis que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína 292.84, com início durante a intoxicação. É também dado um diagnóstico adicional de transtorno por uso de cocaína grave 304.20. Quando se acredita que mais de uma substância tem papel importante no desenvolvimento de sintomas de humor bipolar, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por metilfenidato 292.84, com início durante a intoxicação; transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por dexametasona 292.84, com início durante a intoxicação).

CID-10-MC. O nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) que supostamente causou os sintomas de humor bipolar. O código diagnóstico é selecionado da tabela, com base na classe da substância e na presença ou ausência de transtorno comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que se acredita que uma substância seja o fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

Ao registrar o nome do transtorno, é listado primeiro o transtorno por uso de substância comórbido (se houver), seguido da palavra "com", seguido do nome do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, seguido da especificação do início (i.e., início durante a

intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas irritáveis que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é transtorno por uso de cocaína grave com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína F14.24, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado da comorbidade de transtorno por uso de cocaína grave não é estabelecido. Se o transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância ocorrer sem a comorbidade com transtorno por uso de substância (p. ex., após um único uso pesado da substância), não é registrado transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina F15.94, com início durante a intoxicação). Quando se acreditar que mais de uma substância desempenha papel importante no desenvolvimento de sintomas de humor bipolar, cada uma deve ser listada em separado (p. ex., transtorno por uso de metilfenidato grave com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por metilfenidato F15.24, com início durante a intoxicação; transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por dexametasona F19.94, com início durante a intoxicação).

Características Diagnósticas

As características diagnósticas do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento são essencialmente as mesmas que as de mania, hipomania ou depressão. Uma exceção importante ao diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é o caso de hipomania ou mania que ocorre após uso de medicamento antidepressivo ou outros tratamentos e persiste além dos efeitos fisiológicos do fármaco. Essa condição é considerada indicadora de transtorno bipolar real, e não de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento. Da mesma forma, os indivíduos com episódios maníacos ou hipomaníacos evidentes induzidos por eletroconvulsoterapia que persistem além dos efeitos fisiológicos do tratamento são diagnosticados com transtorno bipolar, e não com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento.

Efeitos colaterais de alguns fármacos antidepressivos e outros psicotrópicos (p. ex., nervosismo, agitação) podem se assemelhar a sintomas primários de síndrome maníaca, embora sejam fundamentalmente distintos de sintomas bipolares e insuficientes para o diagnóstico. Isto é, os sintomas dos critérios de mania/hipomania têm especificidade (simples agitação não é o mesmo que envolvimento excessivo em atividades com uma finalidade), e uma quantidade suficiente desses sintomas deve estar presente (não apenas 1 ou 2) para que sejam feitos esses diagnósticos. Particularmente, o início de 1 ou 2 sintomas não específicos – irritabilidade, nervosismo ou agitação durante tratamento antidepressivo – na ausência de uma síndrome completa de mania ou hipomania não deve ser entendido como apoio a um diagnóstico de transtorno bipolar.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A etiologia (relacionada causalmente com o uso de medicamentos psicotrópicos ou substâncias de abuso com base nas melhores evidências clínicas) é a principal variável nessa forma etiologicamente especificada de transtorno bipolar. Substâncias/medicamentos comumente consideradas como associadas ao transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento incluem a classe dos estimulantes, além da fenciclidina e dos esteroides; entretanto, uma série de substâncias potenciais continua surgindo conforme novos compostos são sintetizados (p. ex., os chamados sais de banho). História de uso de tais substâncias pode ajudar a aumentar a certeza diagnóstica.

Prevalência

Não existem estudos epidemiológicos de mania ou transtorno bipolar induzido por substância/medicamento. Cada substância etiológica pode ter o próprio risco individual de induzir um transtorno bipolar (maníaco/hipomaníaco).

Desenvolvimento e Curso

Na mania induzida por fenciclidina, a apresentação inicial pode ser a de *delirium* com características afetivas, que depois passa a um estado atipicamente parecido com mania ou mania mista. Essa condição ocorre após ingestão ou inalação rápida, em geral em horas ou, no máximo, poucos dias. Nos estados maníacos ou hipomaníacos induzidos por estimulantes, a resposta ocorre em minutos a uma hora após uma ou várias ingestões ou injeções. O episódio é muito curto e costuma terminar em 1 a 2 dias. Com corticosteroides e alguns medicamentos imunossupressores, a mania (ou estado misto ou depressivo) normalmente ocorre após vários dias de ingestão, e doses mais altas parecem ter probabilidade maior de produzir sintomas bipolares.

Marcadores Diagnósticos

A determinação da substância de uso pode ser feita por meio de marcadores no sangue ou na urina para corroborar o diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento deve ser diferenciado de outros transtornos bipolares, *delirium* por intoxicação por substância ou induzido por substância e efeitos colaterais de medicamentos (conforme observado anteriormente). Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para diagnóstico de transtorno bipolar tipo II somente se precedido de um episódio depressivo maior.

Comorbidade

Comorbidades são aquelas associadas ao uso de substâncias ilícitas (no caso de estimulantes ilegais ou fenciclidina) ou ao uso inadequado dos estimulantes prescritos. As comorbidades relacionadas a esteroides ou imunossupressores são as decorrentes das indicações médicas para esses medicamentos. Pode ocorrer *delirium* antes ou ao longo dos sintomas maníacos em indivíduos que ingerem fenciclidina ou naqueles com prescrição de medicamentos esteroides ou outros fármacos imunossupressores.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos

A. Um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e de atividade ou energia anormalmente aumentada que predomina no quadro clínico.
B. Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium.*
E. A perturbação causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, demanda hospitalização para prevenir lesão a si ou a outras pessoas, ou há características psicóticas.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica é **293.83**, atribuído independentemente do especificador. O código da CID-10-MC depende do especificador (ver adiante).

Especificar se:

(F06.33) Com características maníacas: Não estão satisfeitos todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco.

(F06.33) Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco: Estão atendidos todos os critérios, exceto o Critério D para um episódio maníaco, ou exceto o Critério F para um episódio hipomaníaco.

(F06.34) Com características mistas: Os sintomas de depressão estão também presentes, embora não predominem no quadro clínico.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.83 [F06.33]) transtorno bipolar devido a hipertireoidismo, com características maníacas. A outra condição médica também deve ser codificada e listada em separado, imediatamente antes de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à condição médica (p. ex., 242.90 [E05.90] hipertireoidismo; 293.83 [F06.33] transtorno bipolar devido a hipertireoidismo, com características maníacas).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica incluem a presença de um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e de atividade ou energia anormalmente aumentada predominando no quadro clínico atribuível a outra condição médica (Critério B). Na maioria dos casos, o quadro maníaco ou hipomaníaco pode surgir durante a apresentação inicial da condição médica (i.e., em um mês); há, no entanto, exceções, especialmente nas condições médicas crônicas, que podem piorar ou entrar em recaída, antecedendo o início do quadro maníaco ou hipomaníaco. Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não é diagnosticado quando os episódios maníaco ou hipomaníaco definitivamente antecedem a condição médica, uma vez que o diagnóstico adequado seria transtorno bipolar (exceto na circunstância incomum em que todos os episódios maníacos ou hipomaníacos precedentes – ou, quando ocorreu apenas um episódio assim, o episódio precedente maníaco ou hipomaníaco – estavam associados à ingestão de uma substância/medicamento). O diagnóstico de transtorno bipolar e trantorno relacionado devido a outra condição médica não deve ser feito durante o curso de *delirium* (Critério D). O episódio maníaco ou hipomaníaco no transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras área importante da vida do indivíduo para se qualificar para esse diagnóstico (Critério E).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A etiologia (i.e., uma relação causal com outra condição médica baseada nas melhores evidências clínicas) é a principal variável nessa forma etiologicamente específica de transtorno bipolar. A lista completa de condições médicas supostamente capazes de induzir mania nunca está completa, e o melhor julgamento do clínico é a essência desse diagnóstico. Entre as condições médicas mais conhecidas que causam mania ou hipomania estão doença de Cushing e esclerose múltipla, além de acidente vascular cerebral e lesões cerebrais traumáticas.

Desenvolvimento e Curso

Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica costuma ter início de forma aguda ou subaguda na primeira semana ou no primeiro mês do surgimento da condição médica associada. Nem sempre, entretanto, é esse o caso, uma vez que piora ou recaída posterior da condição médica associada pode preceder o início da síndrome maníaca ou hipomaníaca. O clínico deve julgar se nessas situações a condição médica é o agente causal, com base na

sequência temporal e na plausibilidade de uma relação causal. Por fim, pode ocorrer remissão da síndrome maníaca ou hipomaníaca antes ou logo após a remissão da condição médica, especialmente quando o tratamento dos sintomas maníacos/hipomaníacos for efetivo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Diferenças relacionadas à cultura, na medida em que exista alguma evidência, dizem respeito àquelas associadas com a condição médica (p. ex., taxas de esclerose múltipla e acidente vascular cerebral variam ao redor do mundo com base nos fatores genéticos, na dieta e em outros fatores ambientais).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Diferenças relacionadas ao gênero dizem respeito àquelas associadas com a condição médica (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico é mais comum no sexo feminino; acidente vascular cerebral é um pouco mais comum em homens de meia-idade em comparação às mulheres).

Marcadores Diagnósticos

Os marcadores diagnósticos dizem respeito àqueles associados à condição médica (p. ex., níveis de esteroides no sangue ou na urina ajudam a corroborar o diagnóstico de doença de Cushing, que pode estar associada a síndrome maníaca ou depressiva; exames laboratoriais confirmam o diagnóstico de esclerose múltipla).

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica

Consequências funcionais dos sintomas bipolares podem exacerbar prejuízos associados à condição médica, podendo implicar resultados piores devido à interferência no tratamento médico. Em geral, acredita-se, embora não esteja estabelecido, que o transtorno, quando induzido pela doença de Cushing, não recorrerá se esta estiver curada ou sob controle. Sugere-se, ainda, embora não esteja estabelecido, que síndromes do humor, incluindo as depressivas e maníacas/hipomaníacas, podem ser episódicas (i.e., recorrentes) com lesões encefálicas estáticas e outras doenças do sistema nervoso central.

Diagnóstico Diferencial

Sintomas de *delirium*, catatonia e ansiedade aguda. É importante diferenciar sintomas de mania de excitação ou hipervigilância relacionada a sintomas delirantes, de excitação relacionada a sintomas catatônicos e de agitação relacionada a estados agudos de ansiedade.

Sintomas depressivos ou maníacos induzidos por medicamentos. Uma importante observação no diagnóstico diferencial é a de que a outra condição médica pode ser tratada com medicamentos (p. ex., esteroides ou interferon alfa) capazes de induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, o julgamento clínico, utilizando todas as evidências, é a melhor forma de tentar separar o mais provável e/ou o mais importante dos dois fatores etiológicos (i.e., associação com a condição médica vs. síndrome induzida por substância/medicamento). O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, no entanto, está além do objetivo deste Manual.

Comorbidade

Condições comórbidas com transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica são aquelas associadas com as condições médicas de relevância etiológica. *Delirium* pode ocorrer antes ou durante os sintomas maníacos em pessoas com a doença de Cushing.

Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado

296.89 (F31.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de um transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno bipolar e transtornos relacionados. A categoria outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno bipolar e transtorno relacionado específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "ciclotimia de curta duração").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno bipolar e transtorno relacionado específicado" incluem:

1. **Episódios maníacos de curta duração (2 a 3 dias) e episódios depressivos maiores:** História de vida com um ou mais episódios depressivos maiores em pessoas cuja apresentação nunca atendeu a todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, embora tenham vivido dois ou mais episódios de hipomania de curta duração que atenderam a todos os critérios sintomáticos para um episódio maníaco, porém com duração de apenas 2 a 3 dias. Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepuseram no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação de humor não atende a critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.
2. **Episódios hipomaníacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos maiores:** História de vida com um ou mais episódios depressivos maiores em pessoas cuja apresentação nunca atendeu a todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, embora tenham vivido um ou mais episódios de hipomania que não atenderam a todos os critérios de sintomas (i.e., um mínimo de quatro dias consecutivos de humor elevado e 1 ou 2 dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco, ou humor irritável e 2 ou 3 dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco). Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepuseram no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação não atende a critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.
3. **Episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior:** Um ou mais episódios hipomaníacos em pessoa cuja apresentação nunca atendeu à totalidade dos critérios para um episódio depressivo maior ou um episódio maníaco. Se isso ocorre em indivíduo com diagnóstico estabelecido de transtorno depressivo persistente (distimia), os dois diagnósticos podem ser concomitantemente aplicados durante os períodos em que todos os critérios para um episódio hipomaníaco estão atendidos.
4. **Ciclotimia de curta duração (menos de 24 meses):** Episódios múltiplos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio hipomaníaco e episódios múltiplos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior que persistem por um período de menos de 24 meses (menos de 12 meses em crianças e adolescentes) em indivíduo cuja apresentação nunca satisfez todos os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco e que não atende aos critérios para nenhum transtorno psicótico. No curso do transtorno, os sintomas hipomaníacos ou depressivos estão presentes na maioria dos dias, a pessoa não ficou sem sintomas por mais de dois meses consecutivos, e os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo.

Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado

296.80 (F31.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno bipolar e transtornos relacionados. A categoria transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno bipolar e transtorno relacionado específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Especificar se:

Com sintomas ansiosos: A presença de pelo menos dois dos sintomas a seguir, durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania, hipomania ou depressão:

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se incomumente inquieto.
3. Dificuldade de concentrar-se por estar preocupado.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sensação de que a pessoa pode perder o controle de si mesma.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.
Moderada: Três sintomas.
Moderada-grave: Quatro ou cinco sintomas.
Grave: Quatro ou cinco sintomas com agitação motora.

Nota: Sintomas de ansiedade têm sido observados como característica marcante dos transtornos bipolar e depressivo maior no contexto de cuidado primário e especializado em saúde mental. Níveis elevados de ansiedade estão associados a risco maior de suicídio, duração maior da doença e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Em consequência, é de utilidade clínica especificar, com exatidão, a presença e os níveis de gravidade dos sintomas de ansiedade, para planejar o tratamento e monitorar a resposta a ele.

Com características mistas: O especificador com características mistas pode se aplicar ao atual episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo nos transtornos bipolar tipo I ou tipo II:

Episódio maníaco ou hipomaníaco, com características mistas:

A. São atendidos todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, e pelo menos três dos sintomas a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania ou hipomania:
   1. Disforia ou humor depressivo acentuado conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outra pessoa (p. ex., parece chorar).
   2. Interesse ou prazer diminuído em todas, ou quase todas, as atividades (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
   3. Retardo psicomotor quase diário (observável por outra pessoa; não são simples sensações subjetivas de estar mais lento).
   4. Fadiga ou perda de energia.

5. Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada (não uma simples autorrecriminação ou culpa por estar doente).
6. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Sintomas mistos são observáveis por outras pessoas e representam uma mudança em relação ao comportamento habitual do indivíduo.
C. Para indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios de mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser de episódio maníaco, com características mistas, devido ao prejuízo acentuado e à gravidade clínica da mania plena.
D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Episódio depressivo, com características mistas:

A. São atendidos todos os critérios para um episódio depressivo maior, e pelo menos três dos sintomas maníacos/hipomaníacos a seguir estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de depressão:
   1. Humor elevado, expansivo.
   2. Autoestima inflada ou grandiosidade.
   3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
   5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente).
   6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
   7. Redução da necessidade de sono (sente-se descansado apesar de dormir menos que o habitual; para ser contrastado com insônia).
B. Sintomas mistos são passíveis de observação por outras pessoas e representam uma mudança em relação ao comportamento habitual do indivíduo.
C. Para indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios do episódio para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser de episódio maníaco, com características mistas.
D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Nota: As características mistas associadas a um episódio depressivo maior foram consideradas como fator de risco significativo para o desenvolvimento dos transtornos bipolar tipo I e tipo II. Assim, é clinicamente útil registrar a presença desse especificador para planejar o tratamento e monitorar a resposta a ele.

Com ciclagem rápida (pode ser aplicado ao transtorno bipolar tipo I ou ao transtorno bipolar tipo II): Presença de pelo menos quatro episódios de humor nos 12 meses anteriores que atendam aos critérios de episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior.

Nota: Os episódios são demarcados por remissões parciais ou totais de pelo menos dois meses ou por troca para um episódio da polaridade oposta (p. ex., episódio depressivo maior para episódio maníaco).

Nota: A característica essencial de um transtorno bipolar de ciclagem rápida é a ocorrência de pelo menos quatro episódios de humor durante os 12 meses anteriores. Esses episódios podem ocorrer em qualquer combinação e ordem. Devem atender a critérios de duração e quantidade de sintomas para episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, devendo também ser demarcados por um período de remissão completa ou por uma troca para um episódio da polaridade oposta. Episódios maníacos e hipomaníacos são contados como do mesmo polo. A não ser pelo fato de ocorrerem com mais frequência, os episódios que ocorrem em um padrão de ciclagem rápida não diferem daqueles que não ocorrem em um padrão de ciclagem rápida. Episódios de humor que contam para a definição de um padrão de ciclagem rápida excluem aqueles diretamente causados por uma substância (p. ex., cocaína, corticosteroides) ou outra condição médica.

Com características melancólicas:

A. Uma das seguintes está presente durante o período mais grave do episódio atual:
   1. Perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades.
   2. Falta de reatividade a estímulos comumente prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando ocorre algo bom).

B. Três (ou mais) das seguintes:
   1. Qualidade distinta de humor deprimido caracterizada por desânimo profundo, desespero, morosidade ou pelo chamado humor vazio.
   2. Depressão que normalmente é pior pela manhã.
   3. Despertar bem cedo pela manhã (i.e., pelo menos duas horas antes do habitual).
   4. Agitação ou retardo psicomotor acentuados.
   5. Anorexia ou perda de peso significativa.
   6. Culpa excessiva ou inapropriada.

   Nota: O especificador "com características melancólicas" é aplicado quando essas características estão presentes no estágio mais grave do episódio. Há ausência quase total da capacidade para o prazer, não simplesmente uma redução. Uma diretriz para avaliação da falta de reatividade do humor é a de que mesmo eventos altamente desejados não são associados a melhora do humor. O humor não mostra melhora alguma, ou a melhora é apenas parcial (p. ex., até 20 a 40% do normal durante somente alguns minutos por vez). A "qualidade distinta" do humor, característica do especificador "com características melancólicas", é vivida como qualitativamente diferente daquela durante um episódio depressivo não melancólico. Um humor deprimido que é descrito como simplesmente mais grave, com duração maior ou presente sem uma razão, não é considerado distinto em qualidade. Mudanças psicomotoras estão quase sempre presentes e são passíveis de observação por outras pessoas.

   Características melancólicas demonstram somente uma tendência modesta para se repetir ao longo dos episódios no mesmo indivíduo. Elas são mais frequentes em pacientes internados, em oposição a pacientes ambulatoriais; têm menos possibilidade de ocorrer em episódios depressivos maiores mais leves do que nos mais graves; e têm ainda mais probabilidade de ocorrer naqueles com características psicóticas.

Com características atípicas: Este especificador pode ser aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual ou mais recente.

A. Reatividade do humor (i.e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:
   1. Aumento significativo de peso ou do apetite.
   2. Hipersonia.
   3. Paralisia "de chumbo" (i.e., sensações de peso, de ter "chumbo" nos braços ou nas pernas).
   4. Padrão prolongado de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou profissional significativo.

C. Não são satisfeitos os critérios para "com características melancólicas" ou "com catatonia" durante o mesmo episódio.

   Nota: "Depressão atípica" tem importância histórica (i.e., atípica em oposição às apresentações agitadas e "endógenas" mais clássicas da depressão, que eram a norma quando a doença era raramente diagnosticada em pacientes não internados e em adolescentes ou adultos jovens); atualmente não conota uma apresentação clínica rara ou pouco comum, conforme possa implicar o termo.

   Reatividade do humor é a capacidade de se alegrar ante eventos positivos (p. ex., visita dos filhos, elogios feitos por outras pessoas). O humor pode ficar eutímico (não triste), até por períodos prolongados, quando as circunstâncias externas permanecem favoráveis. Aumento do apetite pode se manifestar por claro aumento na ingestão alimentar ou por ganho de peso. A hipersonia pode incluir um período prolongado de sono noturno ou cochilos diurnos que totalizam no mínimo 10 horas de sono por dia (ou pelo menos duas horas a mais do que quando

não deprimido). Paralisia "de chumbo" é definida como sentir-se pesado, inerte ou oprimido, geralmente nos braços ou nas pernas. Essa sensação costuma estar presente por pelo menos uma hora ao dia, embora costume durar várias horas seguidas. Diferentemente de outras características atípicas, a sensibilidade patológica à percepção de rejeição interpessoal é um traço com início precoce que persiste durante a maior parte da vida adulta.Ocorre quando a pessoa está e quando não está deprimida, embora possa se exacerbar durante os períodos depressivos.

Com características psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio. Se as características psicóticas estão presentes, especificar se congruentes ou incongruentes com o humor:

Com características psicóticas congruentes com o humor: Durante episódios maníacos, o conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas maníacos típicos de grandiosidade, invulnerabilidade, etc., embora possa incluir também temas de suspeita ou paranoia, especialmente em relação a dúvidas de outras pessoas sobre as capacidades e realizações do indivíduo.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: O conteúdo dos delírios e das alucinações é inconsistente com os temas da polaridade episódica descritos anteriormente, ou o conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia: Este especificador pode ser aplicado a um episódio de mania ou depressão se características de catatonia estão presentes durante a maior parte do episódio. Ver os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos".

Com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se a totalidade de critérios não estiver momentaneamente satisfeita para um episódio de humor, ao episódio mais recente de mania, hipomania ou depressão maior no transtorno bipolar tipo I ou no transtorno bipolar tipo II se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gestação ou nas quatro semanas após o parto.

Nota: Episódios de humor podem ter início durante a gestação ou no pós-parto. Embora as estimativas sejam diferentes de acordo com o período de acompanhamento pós-parto, entre 3 e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos maiores "pós-parto", na verdade, começam antes do nascimento. Assim, esses episódios são chamados coletivamente de episódios do *periparto*. Mulheres com episódios depressivos maiores no periparto frequentemente têm ansiedade grave e até ataques de pânico. Estudos prospectivos têm demonstrado que sintomas de ansiedade e humor durante a gestação, bem como o *baby blues* aumentam o risco de episódio depressivo maior após o parto.

Episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas. Infanticídio está mais frequentemente associado com episódios psicóticos após o parto que são caracterizados por alucinações com vozes de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuído, embora sintomas psicóticos possam também ocorrer em episódios de humor graves após o parto sem tais delírios ou alucinações específicos.

Episódios de humor após o parto (depressivos maiores ou maníacos) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 a cada 500 a 1 a cada 1.000 nascimentos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas está particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor pós-parto anteriores, embora seja também elevado para aquelas com história anterior de transtorno depressivo ou bipolar (sobretudo transtorno bipolar tipo I) e aquelas com história familiar de transtornos bipolares.

Uma vez que uma mulher teve um episódio de humor pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada nascimento posterior fica entre 30 e 50%. Episódios de humor após o parto devem ser diferenciados do *delirium* que ocorre no período após o parto, que é distinto por apresentar flutuação do nível de consciência ou atenção. O período após o parto é singular no que se refere ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao

impacto potencial da amamentação no plano de tratamento e às implicações de longo prazo de uma história de transtorno do humor após o parto no planejamento familiar subsequente.

Com padrão sazonal: Este especificador aplica-se ao padrão ao longo da vida dos episódios de humor. A característica essencial é um padrão sazonal regular de pelo menos um tipo de episódio (i.e., mania, hipomania ou depressão). Os demais tipos de episódios podem não seguir esse padrão. Por exemplo, uma pessoa pode ter manias sazonais, mas suas depressões não ocorrem regularmente em determinada época do ano.

A. Há relação temporal regular entre o início dos episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores e determinada época do ano (p. ex., outono ou inverno) nos transtornos bipolar tipo I ou tipo II.

   Nota: Não incluir casos em que há claro efeito de estressores psicossociais relacionados à sazonalidade (p. ex., estar regularmente desempregado a cada inverno).

B. Remissões completas (ou mudança de depressão maior para mania ou hipomania, ou vice-versa) também ocorrem em uma determinada época do ano (p. ex., a depressão desaparece na primavera).

C. Nos últimos dois anos, episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores do indivíduo têm demonstrado uma relação temporal sazonal, como definido anteriormente, e não ocorreram episódios não sazonais daquela polaridade durante esse período de dois anos.

D. Manias, hipomanias ou depressões sazonais (conforme descrição anterior) ultrapassam substancialmente em quantidade todas as manias, hipomanias ou depressões não sazonais que possam ter ocorrido ao longo da vida de uma pessoa.

   Nota: Este especificador pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno bipolar tipo I, no trastorno bipolar tipo II ou no transtorno depressivo maior recorrente. A característica essencial é o início e a remissão de episódios depressivos maiores em períodos característicos do ano. Na maioria dos casos, os episódios começam no outono ou no inverno e têm remissão na primavera. Menos comumente, pode haver episódios depressivos recorrentes no verão. Esse padrão de início e remissão de episódios deve ter ocorrido durante pelo menos dois anos, sem a ocorrência de qualquer episódio não sazonal durante esse período. Além disso, os episódios depressivos sazonais devem ultrapassar substancialmente em quantidade os episódios depressivos não sazonais ao longo da vida do indivíduo.

   Este especificador não se aplica àquelas situações em que o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados à sazonalidade (p. ex., desemprego ou compromissos escolares sazonais). Episódios depressivos maiores que ocorrem em um padrão sazonal são frequentemente caracterizados por diminuição da energia, hipersonia, hiperfagia, ganho de peso e grande desejo por carboidratos. Ainda não está claro se um padrão sazonal é mais provável em transtorno depressivo maior recorrente ou em transtornos bipolares. No grupo dos transtornos bipolares, entretanto, parece ser mais provável um padrão sazonal no transtorno bipolar tipo II do que no transtorno bipolar tipo I. Em alguns indivíduos, o início de episódios maníacos ou hipomaníacos pode também estar associado a determinada estação do ano.

   A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, a idade e o sexo. A prevalência aumenta em latitudes mais elevadas. A idade é também um sólido preditor de sazonalidade, com os mais jovens em maior risco para episódios depressivos de inverno.

Especificar se:

Em remissão parcial: Sintomas do episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo imediatamente anterior estão presentes, mas não estão satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior após o término desse episódio.

Em remissão completa: Durante os últimos dois meses, não estavam presentes sinais ou sintomas significativos da perturbação do humor.

Especificar a gravidade atual:
A gravidade baseia-se na quantidade de sintomas dos critérios, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: Estão presentes poucos sintomas, ou nenhum, que excedam os necessários para preenchimento dos critérios diagnósticos, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em prejuízo menor ao funcionamento social ou profissional.

Moderada: A quantidade de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional situam-se entre aqueles especificados como "leves" e "graves".

Grave: A quantidade de sintomas excede substancialmente aqueles necessários para fazer um diagnóstico, a intensidade deles causa sofrimento sério e de difícil manejo, e eles interferem no funcionamento social e profissional de forma acentuada.

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente do DSM-IV, este capítulo "Transtornos Depressivos" foi separado do capítulo anterior "Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados". A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Para abordar questões referentes ao potencial de diagnóstico e tratamento excessivos do transtorno bipolar em crianças, um novo diagnóstico, transtorno disruptivo da desregulação do humor, referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade. Sua inclusão neste capítulo reflete o achado de que as crianças com esse padrão de sintomas tipicamente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta.

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. Atenção especial é dada à diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos.

Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distimia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-5, inclui as categorias diagnósticas do DSM-IV de transtorno depressivo maior crônico e distimia.

Após cuidadoso exame científico das evidências, o transtorno disfórico pré-menstrual foi deslocado de um apêndice do DSM-IV ("Conjunto de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais") para a Seção II do DSM-5. Quase 20 anos de pesquisa adicional sobre essa condição confirmaram uma forma de transtorno depressivo específico e responsivo a tratamento que inicia em algum momento após a ovulação e remite poucos dias após a menstruação, causando impacto significativo no funcionamento.

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos e diversas condições médicas podem estar associados a fenômenos semelhantes à depressão. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e de transtorno depressivo devido a outra condição médica.

Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

Critérios Diagnósticos **296.99 (F34.8)**

A. Explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem (p. ex., violência verbal) e/ou pelo comportamento (p. ex., agressão física a pessoas ou propriedade) que são consideravelmente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação.
B. As explosões de raiva são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.
C. As explosões de raiva ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana.
D. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outras pessoas (p. ex., pais, professores, pares).
E. Os Critérios A-D estão presentes por 12 meses ou mais. Durante esse tempo, o indivíduo não teve um período que durou três ou mais meses consecutivos sem todos os sintomas dos Critérios A-D.
F. Os Critérios A e D estão presentes em pelo menos dois de três ambientes (p. ex., em casa, na escola, com os pares) e são graves em pelo menos um deles.
G. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou após os 18 anos de idade.
H. Por relato ou observação, a idade de início dos Critérios A-E é antes dos 10 anos.
I. Nunca houve um período distinto durando mais de um dia durante o qual foram satisfeitos todos os critérios de sintomas, exceto a duração, para um episódio maníaco ou hipomaníaco.
Nota: Uma elevação do humor apropriada para o desenvolvimento, como a que ocorre no contexto de um evento altamente positivo ou de sua antecipação, não deve ser considerada como um sintoma de mania ou hipomania.
J. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de transtorno depressivo maior e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do espectro autista, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação, transtorno depressivo persistente [distimia]).
Nota: Este diagnóstico não pode coexistir com transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente ou transtorno bipolar, embora possa coexistir com outros, incluindo transtorno depressivo maior, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno da conduta e transtornos por uso de substância. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de oposição desafiante devem somente receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Se um indivíduo já experimentou um episódio maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser atribuído.
K. Os sintomas não são consequência dos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica ou neurológica.

Características Diagnósticas

A característica central do transtorno disruptivo da desregulação do humor é a irritabilidade crônica grave. Essa irritabilidade grave apresenta duas manifestações clínicas proeminentes, sendo a primeira as frequentes explosões de raiva. Essas explosões tipicamente ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais (estas últimas na forma de agressão contra propriedade, si mesmo ou outros). Elas devem ocorrer com frequência (i.e., em média três ou mais vezes por semana) (Critério C) por pelo menos um ano em pelo menos dois ambientes (Critérios E e F), como em casa e na escola, e devem ser inapropriadas para o desenvolvimento (Critério B). A segunda manifestação de irritabilidade grave consiste em humor persistentemente irritável ou zangado que está presente entre as explosões de raiva. Esse humor irritável ou zangado deve ser característico da criança, estando presente na maior parte do dia, quase todos os dias, e ser observável por outras pessoas no ambiente da criança (Critério D).

A apresentação clínica do transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser cuidadosamente distinguida das apresentações de outras condições relacionadas, em particular o transtorno bipolar na infância. Na verdade, o transtorno disruptivo da desregulação do humor

foi acrescentado ao DSM-5 para abordar a preocupação quanto à classificação e ao tratamento apropriados das crianças que apresentam irritabilidade crônica persistente em relação a crianças que apresentam transtorno bipolar clássico (i.e., episódico).

Alguns pesquisadores encaram a irritabilidade grave não episódica como característica do transtorno bipolar em crianças, embora tanto o DSM-IV quanto o DSM-5 requeiram que crianças e adultos tenham episódios distintos de mania e hipomania para se qualificarem para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I. Durante as últimas décadas do século XX, essa discussão dos pesquisadores de que a irritabilidade grave não episódica é uma manifestação de mania pediátrica coincidiu com o aumento da frequência com que os clínicos atribuíam o diagnóstico de transtorno bipolar a seus pacientes pediátricos. Esse forte aumento pode ser conferido ao fato de os clínicos combinarem pelo menos duas apresentações clínicas em uma única categoria. Isto é, as apresentações clássicas episódicas de mania e as apresentações não episódicas de irritabilidade grave foram rotuladas como transtorno bipolar em crianças. No DSM-5, o termo *transtorno bipolar* está explicitamente reservado a apresentações episódicas de sintomas bipolares. O DSM-IV não incluía um diagnóstico concebido para abranger os jovens cujos sintomas característicos consistiam em irritabilidade muito grave não episódica, enquanto o DSM-5, com a inclusão do transtorno disruptivo da desregulação do humor, proporciona uma categoria distinta para essas apresentações.

Prevalência

O transtorno disruptivo da desregulação do humor é comum entre as crianças que se apresentam nas clínicas pediátricas de saúde mental. As estimativas da prevalência do transtorno na comunidade não são claras. Com base nas taxas de irritabilidade persistente crônica e grave, que é a característica principal do transtorno, a prevalência geral de seis meses a um ano do transtorno disruptivo da desregulação do humor entre crianças e adolescentes provavelmente está dentro da variação de 2 a 5%. No entanto, são esperadas taxas mais elevadas em crianças do sexo masculino e em idade escolar do que no sexo feminino e em adolescentes.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno disruptivo da regulação do humor deve ser antes dos 10 anos, e o diagnóstico não deve ser aplicado a crianças com uma idade desenvolvimental de menos de 6 anos. Não é sabido se a condição se apresenta somente dessa forma delimitada pela idade. Como os sintomas do transtorno disruptivo da desregulação do humor provavelmente se modificam à medida que a criança cresce, o uso do diagnóstico deve ser restringido a faixas etárias similares àquelas em que a validade foi estabelecida (7 a 18 anos). Aproximadamente metade das crianças com irritabilidade grave crônica terá uma apresentação que continua a satisfazer os critérios para a condição um ano mais tarde. As taxas de conversão de irritabilidade grave não episódica em transtorno bipolar são muito baixas. Em vez disso, as crianças com irritabilidade crônica estão em risco de desenvolver transtornos depressivos unipolares e/ou ansiedade na idade adulta.

As variações relacionadas com a idade também diferenciam o transtorno bipolar do transtorno disruptivo da desregulação do humor. As taxas de transtorno bipolar geralmente são muito baixas antes da adolescência (< 1%), com aumento constante até o início da idade adulta (prevalência de 1 a 2%). O transtorno disruptivo da desregulação do humor é mais comum do que o transtorno bipolar antes da adolescência, e os sintomas da condição geralmente se tornam menos comuns quando as crianças se encaminham para a idade adulta.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Crianças com irritabilidade crônica costumam exibir história psiquiátrica complicada. Nelas, uma história relativamente extensa de irritabilidade crônica é comum, manifestando-se, em geral, antes que todos os critérios para o transtorno sejam satisfeitos. Tais apre-

sentações diagnósticas podem ter-se qualificado para um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante. Muitas crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor têm sintomas que também satisfazem os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e para um transtorno de ansiedade, com a presença desses diagnósticos com frequência a partir de uma idade relativamente precoce. Para algumas crianças, os critérios para transtorno depressivo maior também podem ser satisfeitos.

Genéticos e fisiológicos. Em termos de agregação familiar e genética, foi sugerido que as crianças que apresentam irritabilidade crônica não episódica podem ser diferenciadas daquelas com transtorno bipolar pelo risco familiar. No entanto, esses dois grupos não diferem nas taxas familiares de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos unipolares ou abuso de substância. Comparadas com as crianças com transtorno bipolar pediátrico ou outras doenças mentais, aquelas com transtorno disruptivo da desregulação do humor exibem tanto semelhanças quanto diferenças nos déficits de processamento da informação. Por exemplo, déficits no reconhecimento de emoções faciais, bem como tomada de decisão e controle cognitivo perturbados, estão presentes em crianças com transtorno bipolar e em crianças cronicamente irritáveis, assim como naquelas com outras condições psiquiátricas. Também existem evidências de disfunções específicas do transtorno, como durante as tarefas que avaliam a alocação da atenção em resposta a estímulos emocionais, que demonstraram sinais peculiares de disfunção em crianças com irritabilidade crônica.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As crianças que se apresentam na clínica com características de transtorno disruptivo da desregulação do humor são predominantemente do sexo masculino. Entre as amostras comunitárias, também parece haver preponderância masculina. Essa diferença na prevalência entre os sexos diferencia o transtorno disruptivo da desregulação do humor do transtorno bipolar, no qual existe prevalência igual entre os gêneros.

Risco de Suicídio

Em geral, evidências que documentam comportamento suicida e agressão, assim como outras consequências funcionais graves, no transtorno disruptivo da desregulação do humor devem ser observadas na avaliação de crianças com irritabilidade crônica.

Consequências Funcionais do Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

A irritabilidade crônica grave, como observada no transtorno disruptivo da desregulação do humor, está associada à marcada perturbação na família da criança e nas relações com os pares, bem como no desempenho escolar. Devido à sua tolerância extremamente baixa à frustração, essas crianças, em geral, têm dificuldade em ter sucesso na escola; com frequência não conseguem participar das atividades que costumam ser desfrutadas por crianças saudáveis; sua vida familiar tem perturbação grave devido a suas explosões e irritabilidade; e elas têm problemas em iniciar ou manter amizades. Os níveis de disfunção em crianças com transtorno bipolar e transtorno disruptivo da desregulação do humor são geralmente comparáveis. Ambas as condições causam perturbação grave nas vidas do indivíduo afetado e de sua família. Tanto no transtorno disruptivo da desregulação do humor quanto no transtorno bipolar pediátrico são comuns comportamentos de risco, ideação suicida ou tentativas de suicídio, agressão grave e hospitalização psiquiátrica.

Diagnóstico Diferencial

Como as crianças e os adolescentes cronicamente irritáveis costumam apresentar histórias complexas, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito conside-

rando-se a presença ou ausência de diversas outras condições. Apesar da necessidade de levar em consideração muitas outras síndromes, a diferenciação do transtorno disruptivo da desregulação do humor em relação ao transtorno bipolar e ao transtorno de oposição desafiante requer avaliação particularmente cuidadosa.

Transtornos bipolares. A característica central que diferencia o transtorno disruptivo da desregulação do humor dos transtornos bipolares em crianças envolve o curso longitudinal dos sintomas principais. Em crianças, como em adultos, o transtorno bipolar tipo I e o transtorno bipolar tipo II se manifestam como uma condição episódica com episódios distintos de perturbação do humor que podem ser diferenciados da apresentação típica da criança. A perturbação do humor que ocorre durante um episódio maníaco é diferente do humor habitual da criança. Além disso, durante um episódio maníaco, a alteração no humor deve ser acompanhada pelo início, ou piora, dos sintomas cognitivos, comportamentais e físicos associados (p. ex., distratibilidade, aumento na atividade dirigida a objetivos), que também estão presentes até um grau que é diferente da linha de base habitual da criança. Assim, no caso de um episódio maníaco, os pais (e, dependendo do nível desenvolvimental, os filhos) devem ser capazes de identificar um período de tempo distinto durante o qual o humor e o comportamento da criança eram significativamente diferentes do habitual. Em contraste, a irritabilidade do transtorno disruptivo da desregulação do humor é persistente e está presente por muitos meses; embora possa ter remissões e recidivas até certo ponto, a irritabilidade grave é característica da criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, enquanto os transtornos bipolares são condições episódicas, o transtorno disruptivo da desregulação do humor não é. De fato, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não pode ser atribuído a uma criança que experimentou um episódio hipomaníaco ou maníaco (irritável ou eufórico) de duração completa ou que teve um episódio maníaco ou hipomaníaco que durasse mais de um dia. Outra característica diferenciadora central entre os transtornos bipolares e o transtorno disruptivo da desregulação do humor é a presença de humor elevado ou expansivo e grandiosidade. Esses sintomas são manifestações comuns da mania, mas não são característicos do transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno de oposição desafiante. Embora os sintomas do transtorno de oposição desafiante ocorram com frequência em crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor, os sintomas do humor do transtorno disruptivo da desregulação do humor são relativamente raros em crianças com transtorno de oposição desafiante. As características-chave que justificam o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor em crianças cujos sintomas também satisfazem os critérios de transtorno de oposição desafiante são a presença de explosões graves e frequentemente recorrentes e uma perturbação persistente no humor entre as explosões. Além disso, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor requer prejuízo grave em pelo menos um ambiente (i.e., em casa, na escola ou entre os pares) e prejuízo leve a moderado em um segundo ambiente. Por essa razão, embora a maioria das crianças cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também tenha apresentação que satisfaz os critérios para transtorno de oposição desafiante, o inverso não é o caso. Ou seja, em apenas cerca de 15% dos indivíduos com transtorno de oposição desafiante seriam satisfeitos os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Além do mais, mesmo para as crianças em que os critérios para ambos os transtornos são satisfeitos, somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser estabelecido. Por fim, os sintomas proeminentes do humor no transtorno disruptivo da desregulação do humor e o alto risco de transtornos depressivos e de ansiedade em estudos de seguimento justificam a colocação do transtorno disruptivo da desregulação do humor entre os transtornos depressivos no DSM-5. (O transtorno de oposição desafiante está incluso no capítulo "Transtornos Disruptivo, do Controle dos Impulsos e da Conduta".) Isso reflete o componente mais proeminente do humor entre os indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor, se comparados com indivíduos com transtorno de oposição desafiante. Entretanto, também deve ser observado que o transtorno disruptivo da desregulação do humor parece implicar alto risco para problemas comportamentais e também problemas do humor.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade e transtorno do espectro autista. Diferentemente das crianças diagnosticadas

com transtorno bipolar ou transtorno de oposição desafiante, uma criança cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também pode receber um diagnóstico comórbido de TDAH, transtorno depressivo maior e/ou transtorno de ansiedade. Contudo, as crianças cuja irritabilidade está presente somente no contexto de um episódio depressivo maior ou transtorno depressivo persistente (distimia) devem receber um desses diagnósticos em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. As crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor podem ter sintomas que também satisfazem os critérios para um transtorno de ansiedade e podem receber os dois diagnósticos, mas as crianças cuja irritabilidade é manifesta apenas no contexto de exacerbação de um transtorno de ansiedade devem receber o diagnóstico do transtorno de ansiedade em questão em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Além disso, crianças com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam explosões de raiva quando, por exemplo, sua rotina é perturbada. Nesse caso, as explosões de raiva seriam consideradas secundárias ao transtorno do espectro autista e a criança não deveria receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno explosivo intermitente. Crianças com sintomas sugestivos de transtorno explosivo intermitente apresentam momentos de explosões de raiva graves, muito parecidos com o que ocorre com crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor. No entanto, diferentemente do transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno explosivo intermitente não requer perturbação persistente do humor entre as explosões. Além disso, o transtorno explosivo intermitente requer somente três meses de sintomas ativos, em contraste com a exigência de 12 meses para o transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, esses dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança. Para crianças com explosões e irritabilidade intercorrente e persistente, deve ser feito somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Comorbidade

As taxas de comorbidade no transtorno disruptivo da desregulação do humor são extremamente altas. É raro encontrar indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor isolado. A comorbidade entre o transtorno disruptivo da desregulação do humor e outras síndromes definidas no DSM parece mais alta do que para muitos outros transtornos mentais pediátricos; a maior sobreposição é com o transtorno de oposição desafiante. Não só a taxa geral de comorbidade é alta no transtorno disruptivo da desregulação do humor, como também a variação das doenças comórbidas parece particularmente diversa. Essas crianças costumam se apresentar à clínica com ampla gama de comportamentos disruptivos, bem como com sintomas e diagnósticos de humor, ansiedade e até do espectro autista. Entretanto, as crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor não devem ter sintomas que satisfaçam os critérios para transtorno bipolar, pois, nesse contexto, somente deve ser feito o diagnóstico de transtorno bipolar. Se as crianças têm sintomas que satisfazem os critérios para transtorno de oposição desafiante ou transtorno explosivo intermitente *e* transtorno disruptivo da desregulação do humor, somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito. Além disso, como observado anteriormente, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser feito se os sintomas ocorrerem somente em um contexto que desperta ansiedade, quando as rotinas de uma criança com transtorno do espectro autista ou transtorno obsessivo-compulsivo são perturbadas ou no contexto de um episódio depressivo maior.

Transtorno Depressivo Maior

Critérios Diagnósticos

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.
Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

---

* Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como "dores do luto". Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM os sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em "se unir" a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida por causa dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Procedimentos para Codificação e Registro

O código diagnóstico para transtorno depressivo maior está baseado em se este é um episódio único ou recorrente, gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são indicadas apenas se todos os critérios são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados apenas se os critérios plenos não são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior. Os códigos são os seguintes:

Especificador da gravidade/curso	Episódio único	Episódio recorrente*
Leve (p. 188)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderada (p. 188)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 188)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Com características psicóticas** (p. 186)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
Em remissão parcial (p. 188)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
Em remissão completa (p. 188)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Não especificado	296.20 (F32.9)	290.30 (F33.9)

*Para que um episódio seja considerado recorrente, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos entre episódios separados em que não são satisfeitos os critérios para um episódio depressivo maior. As definições dos especificadores são encontradas nas páginas indicadas.

**Se estão presentes características psicóticas, codifique o especificador "com características psicóticas", independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente, especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguidos pelos seguintes especificadores sem código que se aplicam ao episódio atual.

Especificar:

Com sintomas ansiosos (p. 184)
Com características mistas (p. 184-185)
Com características melancólicas (p. 185)
Com características atípicas (p. 185-186)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 186)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 186)
Com catatonia (p. 186). **Nota para codificação:** Use o código adicional 293.89 (F06.1).
Com início no periparto (p. 186-187)
Com padrão sazonal (somente episódio recorrente) (p. 187-188)

Características Diagnósticas

Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Critério A). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais,

extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um episódio depressivo maior, um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado.

O humor em um episódio depressivo maior frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa" (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser negada de início, mas depois pode ser revelada pela entrevista (p. ex., assinalando que o indivíduo parece prestes a chorar). Em alguns indivíduos que se queixam de sentirem "um vazio", sem sentimentos ou com sentimentos ansiosos, a presença de um humor deprimido pode ser inferida a partir da expressão facial e por atitudes. Alguns enfatizam queixas somáticas (p. ex., dores ou mazelas corporais) em vez de relatar sentimentos de tristeza. Muitos referem ou demonstram irritabilidade aumentada (p. ex., raiva persistente, tendência responder a eventos com ataques de raiva ou culpando outros ou sentimento exagerado de frustração por questões menores). Em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento, em vez de um humor triste ou abatido. Essa apresentação deve ser diferenciada de um padrão de irritabilidade em caso de frustração.

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, "não se importar mais" ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa (Critério A2). Os membros da família com frequência percebem retraimento social ou negligência de atividades prazerosas (p. ex., um indivíduo que antes era um ávido golfista deixa de jogar, uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo). Em alguns indivíduos, há redução significativa nos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual.

As alterações no apetite podem envolver redução ou aumento. Alguns indivíduos deprimidos relatam que precisam se forçar para se alimentar. Outros podem comer mais ou demonstrar avidez por alimentos específicos (p. ex., doces ou outros carboidratos). Quando as alterações no apetite são graves (em qualquer direção), pode haver perda ou ganho significativos de peso, ou, em crianças, pode-se notar insucesso em obter o ganho de peso esperado (Critério A3).

Perturbações do sono podem assumir a forma de dificuldades para dormir ou dormir excessivamente (Critério A4). Quando a insônia está presente, costuma assumir a forma de insônia intermediária (p. ex., despertar durante a noite, com dificuldade para voltar a dormir) ou insônia terminal (p. ex., despertar muito cedo, com incapacidade de retornar a dormir). A insônia inicial (p. ex., dificuldade para adormecer) também pode ocorrer. Os indivíduos que apresentam sonolência excessiva (hipersonia) podem experimentar episódios prolongados de sono noturno ou de sono durante o dia. Ocasionalmente, a razão pela qual o indivíduo busca tratamento pode ser a perturbação do sono.

As alterações psicomotoras incluem agitação (p. ex., incapacidade de ficar sentado quieto, ficar andando sem parar, agitar as mãos, puxar ou esfregar a pele, roupas ou outros objetos) ou retardo psicomotor (p. ex., discurso, pensamento ou movimentos corporais lentificados; maiores pausas antes de responder; fala diminuída em termos de volume, inflexão, quantidade ou variedade de conteúdos, ou mutismo) (Critério A5). A agitação ou o retardo psicomotor devem ser suficientemente graves a ponto de serem observáveis por outros, não representando meros sentimentos subjetivos.

Diminuição da energia, cansaço e fadiga são comuns (Critério A6). O indivíduo pode relatar fadiga persistente sem esforço físico. Mesmo as tarefas mais leves parecem exigir um esforço substancial. Pode haver diminuição na eficiência para realizar tarefas. O indivíduo pode queixar-

-se, por exemplo, de que se lavar e se vestir pela manhã é algo exaustivo e pode levar o dobro do tempo habitual.

O sentimento de desvalia ou culpa associado com um episódio depressivo maior pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou ruminações acerca de pequenos fracassos do passado (Critério A7). Esses indivíduos frequentemente interpretam mal eventos triviais ou neutros do cotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades. O sentimento de desvalia ou culpa pode assumir proporções delirantes (p. ex., convicção de ser pessoalmente responsável pela pobreza que há no mundo). A autorrecriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais em consequência da depressão é muito comum e, a menos que seja delirante, não é considerada suficiente para satisfazer esse critério.

Muitos indivíduos relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões (Critério A8). Essas pessoas podem mostrar-se facilmente distraídas ou queixar-se de dificuldades de memória. Os indivíduos com atividades acadêmicas ou profissionais com frequência são incapazes de funcionar de forma adequada. Em crianças, uma queda abrupta no rendimento escolar pode refletir uma concentração pobre. Em indivíduos idosos, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e ser confundidas com os sinais iniciais de uma demência ("pseudodemência"). Quando o episódio depressivo maior é tratado com sucesso, os problemas de memória frequentemente apresentam recuperação completa. Em alguns indivíduos, entretanto, em particular pessoas idosas, um episódio depressivo maior pode, às vezes, ser a apresentação inicial de uma demência irreversível.

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9) são comuns. Esses pensamentos variam desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes, sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. As pessoas mais gravemente suicidas podem ter colocado seus negócios em ordem (p. ex., atualizar o testamento, pagar as dívidas), podem ter adquirido materiais necessários (p. ex., corda ou arma de fogo) e podem ter estabelecido um local e momento para consumarem o suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir desejo de desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis, intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente doloroso, incapacidade de antever algum prazer na vida ou o desejo de não ser uma carga para os outros. A resolução desses pensamentos pode ser uma medida mais significativa de risco reduzido de suicídio do que a negação de planos suicidas.

A avaliação dos sintomas de um episódio depressivo maior é especialmente difícil quando eles ocorrem em um indivíduo que também apresenta uma condição médica geral (p. ex., câncer, acidente vascular cerebral [AVC], infarto do miocárdio, diabetes, gravidez). Alguns dos critérios e sintomas de um episódio depressivo maior são idênticos aos sinais e sintomas característicos de condições médicas gerais (p. ex., perda de peso com diabetes não tratado; fadiga com o câncer; hipersonia no início da gravidez; insônia no fim da gravidez ou no pós-parto). Esses sintomas devem contar a favor de um episódio depressivo maior, exceto quando são clara e completamente explicados por uma condição médica geral. Sintomas não vegetativos de disforia, anedonia, culpa ou desvalia, concentração prejudicada ou indecisão e pensamentos suicidas devem ser avaliados com atenção particular em tais casos. As definições de episódios depressivos maiores que foram modificadas para incluir somente esses sintomas não vegetativos parecem identificar quase os mesmos indivíduos que os critérios completos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno depressivo maior está associado com alta mortalidade, em boa parte contabilizada pelo suicídio; entretanto, esta não é a única causa. Por exemplo, indivíduos deprimidos admitidos em asilos com cuidados de enfermagem têm probabilidade aumentada de morte no primeiro ano. Frequentemente apresentam tendência ao choro, irritabilidade, inquietação, ruminação obsessi-

va, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor (p. ex., cefaleia; dores nas articulações, abdominais ou outras). Em crianças, pode ocorrer ansiedade de separação.

Embora exista ampla literatura descrevendo correlatos neuroanatômicos, neuroendócrinos e neurofisiológicos do transtorno depressivo maior, nenhum teste laboratorial produziu resultados de sensibilidade e especificidade suficientes para serem usados como ferramenta diagnóstica para esse transtorno. Até há pouco tempo, a hiperatividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal era a anormalidade mais amplamente investigada na associação com episódios depressivos maiores e parece estar associada a melancolia, características psicóticas e riscos para suicídio subsequente. Estudos moleculares também implicaram fatores periféricos, incluindo variantes genéticas em fatores neurotróficos e citocinas pró-inflamatórias. Além disso, estudos de imagem de ressonância magnética funcional fornecem evidências de anormalidades em sistemas neurais específicos envolvidos no processamento das emoções, na busca por recompensa e na regulação emocional em adultos com depressão maior.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária, sendo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno depressivo maior pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas a probabilidade de início aumenta sensivelmente com a puberdade. Nos Estados Unidos, a incidência parece atingir seu pico na década dos 20 anos; no entanto, o primeiro episódio na idade avançada não é incomum.

O curso do transtorno depressivo maior é bastante variável, de modo que alguns indivíduos raramente experimentam remissão (um período de dois meses ou mais sem sintomas ou apenas 1 ou 2 sintomas não mais do que em um grau leve), enquanto outros experimentam muitos anos com poucos ou nenhum sintoma entre episódios discretos. É importante distinguir os indivíduos que se apresentam para tratamento durante uma exacerbação de uma doença depressiva crônica daqueles cujos sintomas se desenvolveram recentemente. A cronicidade dos sintomas depressivos aumenta de modo substancial a probabilidade de transtornos da personalidade, ansiedade e abuso de substância subjacentes e diminui a probabilidade de que o tratamento seja seguido pela resolução completa dos sintomas. Portanto, é útil pedir que os indivíduos que apresentam sintomas depressivos identifiquem o último período de pelo menos dois meses durante o qual estiveram inteiramente livres de sintomas depressivos.

A recuperação em geral começa dentro de três meses após o início para dois em cada cinco indivíduos com depressão maior e em um ano para quatro em cada cinco. O início recente é um forte determinante da probabilidade de recuperação em curto prazo, e pode-se esperar que muitos indivíduos que estiveram deprimidos por apenas alguns meses se recuperem espontaneamente. As características associadas a taxas mais baixas de recuperação, além da duração do episódio atual, incluem características psicóticas, ansiedade proeminente, transtornos da personalidade e gravidade dos sintomas.

O risco de recorrência torna-se progressivamente mais baixo ao longo do tempo, à medida que aumenta a duração da remissão. O risco é mais alto em indivíduos cujo episódio anterior foi grave, em indivíduos mais jovens e naqueles que já experimentaram múltiplos episódios. A persistência de sintomas, mesmo leves, durante a remissão é um forte preditor de recorrência.

Muitos transtornos bipolares iniciam com um ou mais episódios depressivos, e uma proporção substancial de indivíduos que de início parecem ter um transtorno depressivo maior apre-

sentará com o tempo um transtorno bipolar. Isso é mais provável em pessoas com início na adolescência, naquelas com características psicóticas e naquelas com história familiar de transtorno bipolar. A presença de um especificador "com características mistas" também aumenta o risco de diagnóstico maníaco ou hipomaníaco futuro. O transtorno depressivo maior, particularmente com características psicóticas, também pode fazer uma transição para esquizofrenia, uma mudança que é muito mais frequente do que o inverso.

Apesar das diferenças consistentes entre os gêneros nas taxas de prevalência dos transtornos depressivos, parece não haver diferenças claras por gênero na fenomenologia, no curso ou na resposta ao tratamento. Igualmente, não existem efeitos claros da idade atual no curso ou na resposta ao tratamento do transtorno depressivo maior. Existem, entretanto, algumas diferenças nos sintomas, de forma que hipersonia e hiperfagia são mais prováveis em indivíduos mais jovens e que sintomas melancólicos, em particular perturbações psicomotoras, são mais comuns em pessoas mais velhas. A probabilidade de tentativas de suicídio diminui na meia-idade e no fim da vida, embora o mesmo não ocorra para o risco de suicídio completo. Depressões com início em idades mais precoces são mais familiares e mais prováveis de envolver transtornos da personalidade. O curso do transtorno depressivo maior, de modo geral, não se altera com o envelhecimento. Os tempos médios de recuperação parecem ser estáveis por longos períodos, e a probabilidade de estar em um episódio em geral não aumenta ou diminui com o tempo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) é um fator de risco bem estabelecido para o início do transtorno depressivo maior, e altos níveis parecem aumentar a probabilidade de os indivíduos desenvolverem episódios depressivos em resposta a eventos estressantes na vida.

Ambientais. Experiências adversas na infância, particularmente quando existem múltiplas experiências de tipos diversos, constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo maior. Eventos estressantes na vida são bem reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores, porém a presença ou ausência de eventos adversos na vida próximos ao início dos episódios não parece oferecer um guia útil para prognóstico ou seleção do tratamento.

Genéticos e fisiológicos. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença que a população em geral. Os riscos relativos parecem ser mais altos para as formas de início precoce e recorrente. A herdabilidade é de aproximadamente 40%, e o traço de personalidade neuroticismo representa uma parte substancial dessa propensão genética.

Modificadores do curso. Essencialmente todos os transtornos maiores não relacionados ao humor aumentam o risco de um indivíduo desenvolver depressão. Os episódios depressivos maiores que se desenvolvem no contexto de outro transtorno com frequência seguem um curso mais refratário. Uso de substâncias, ansiedade e transtorno da personalidade *borderline* estão entre os mais comuns, e os sintomas depressivos que se apresentam podem obscurecer e retardar seu reconhecimento. No entanto, a melhora clínica persistente nos sintomas depressivos pode depender do tratamento adequado dos transtornos subjacentes. Condições médicas crônicas ou incapacitantes também aumentam os riscos de episódios depressivos maiores. Doenças prevalentes como diabetes, obesidade mórbida e doença cardiovascular são frequentemente complicadas por episódios depressivos, e esses episódios têm mais probabilidade de se tornarem crônicos do que os episódios depressivos em indivíduos saudáveis.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Pesquisas sobre o transtorno depressivo maior em diversas culturas apresentaram diferenças de até sete vezes nas taxas de prevalência para 12 meses, porém apresentam consistência muito

maior na proporção masculino-feminino, na idade média de início e no grau em que a presença do transtorno aumenta a probabilidade de comorbidade com abuso de substâncias. Embora esses achados sugiram diferenças culturais consideráveis na expressão do transtorno depressivo maior, não permitem associações simples entre culturas e a probabilidade de sintomas específicos. Em vez disso, os clínicos devem estar atentos ao fato de que, na maioria dos países, a maioria dos casos de depressão permanece não reconhecida em contextos de atenção primária e de que, em muitas culturas, é muito provável que os sintomas somáticos constituam a queixa apresentada. Entre os sintomas do Critério A, insônia e perda de energia são os mais uniformemente relatados.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Embora o achado mais reproduzível na epidemiologia do transtorno depressivo maior tenha sido uma prevalência maior no sexo feminino, não existem diferenças claras entre os gêneros em sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. Em mulheres, o risco de tentativas de suicídio é mais alto, e o risco de suicídio completo, mais baixo. A disparidade na taxa de suicídio por gênero não é tão grande entre aqueles com transtornos depressivos quanto na população como um todo.

Risco de Suicídio

A possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistência é história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém deve ser lembrado que a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança. A presença de transtorno da personalidade *borderline* aumenta sensivelmente o risco de tentativas de suicídio futuras.

Consequências Funcionais do Transtorno Depressivo Maior

Muitas das consequências funcionais do transtorno depressivo maior derivam de sintomas individuais. O prejuízo pode ser muito leve, de forma que muitos daqueles que interagem com o indivíduo afetado não percebem os sintomas depressivos. O prejuízo, no entanto, pode se estender até a total incapacidade, de modo que a pessoa deprimida é incapaz de dar atenção às necessidades básicas de cuidado consigo mesma ou fica muda ou catatônica. Entre os indivíduos atendidos em contextos médicos gerais, aqueles com transtorno depressivo maior têm mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico, social e de papéis.

Diagnóstico Diferencial

Episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos. Episódios depressivos maiores com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir de episódios maníacos com humor irritável ou de episódios mistos. Essa distinção requer uma criteriosa avaliação clínica da presença de sintomas maníacos.

Transtorno do humor devido a outra condição médica. Episódio depressivo maior é o diagnóstico apropriado se a perturbação do humor não for considerada, com base na história individual, no exame físico e em achados laboratoriais, consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (p. ex., esclerose múltipla, AVC, hipotireoidismo).

Transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicamento. Este transtorno é distinguido do transtorno depressivo maior pelo fato de que uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) parece estar etiologicamente relacionada à perturbação do humor. Por exemplo, o humor depressivo que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína seria diagnosticado como transtorno depressivo induzido por cocaína.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. A distratibilidade e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer tanto em um transtorno de déficit de atenção/hiperatividade quanto em um episódio depressivo maior; caso sejam satisfeitos os critérios para ambos, o TDAH pode ser diagnosticado em conjunto com transtorno de humor. Entretanto, o clínico deve ter cautela para não superdiagnosticar um episódio depressivo maior nas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade cuja perturbação no humor se caracteriza mais por irritabilidade do que por tristeza ou perda de interesse.

Transtorno de adaptação com humor deprimido. Um episódio depressivo maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial é diferenciado do transtorno de adaptação com humor deprimido pelo fato de que no transtorno de adaptação não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior.

Tristeza. Por fim, períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses períodos não devem ser diagnosticados como um episódio depressivo maior, a menos que sejam satisfeitos os critérios de gravidade (i.e., cinco dos nove sintomas), duração (i.e., na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas) e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. O diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado pode aplicar-se a apresentações de humor deprimido com prejuízo clinicamente significativo que não satisfazem os critérios de duração ou gravidade.

Comorbidade

Outros transtornos concomitamente aos quais o transtorno depressivo maior frequentemente ocorre são transtornos relacionados a substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade *borderline*.

Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)

Critérios Diagnósticos **300.4 (F34.1)**

Este transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV.

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos.
   Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.
B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:
   1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso.
   2. Insônia ou hipersonia.
   3. Baixa energia ou fadiga.
   4. Baixa autoestima.
   5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões.
   6. Sentimentos de desesperança.
C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.
D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
E. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
F. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Como os critérios para um episódio depressivo maior incluem quatro sintomas que estão ausentes da lista de sintomas para transtorno depressivo persistente (distimia), um número muito limitado de indivíduos terá sintomas depressivos que persistiram por mais de dois anos, mas não irá satisfazer os critérios para transtorno depressivo persistente. Caso tenham sido satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior em algum momento durante o episódio atual da doença, tais indivíduos devem receber diagnóstico de transtorno depressivo maior. De forma alternativa, um diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado ou transtorno depressivo não especificado é justificado.

Especificar se:

Com sintomas ansiosos (p. 184)
Com características mistas (p. 184-185)
Com características melancólicas (p. 185)
Com características atípicas (p. 185-186)
Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 186)
Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 186)
Com início no periparto (p. 186-187)

Especificar se:

Em remissão parcial (p. 188)
Em remissão completa (p. 188)

Especificar se:

Início precoce: Se o início ocorre antes dos 21 anos de idade.
Início tardio: Se o início ocorre aos 21 anos ou mais.

Especificar se (para os dois anos mais recentes de transtorno depressivo persistente):

Com síndrome distímica pura: Não foram satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior pelo menos nos dois anos precedentes.
Com episódio depressivo maior persistente: Foram satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior durante o período precedente de dois anos.
Com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual: São satisfeitos atualmente todos os critérios para um episódio depressivo maior, mas houve períodos de pelo menos oito semanas pelo menos nos dois anos precedentes com sintomas abaixo do limiar para um episódio depressivo maior completo.
Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual: Não são satisfeitos atualmente todos os critérios para um episódio depressivo maior, mas houve um ou mais episódios depressivos maiores pelo menos nos dois anos precedentes.

Especificar a gravidade atual:

Leve (p. 188)
Moderada (p. 188)
Grave (p. 188)

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno depressivo persistente (distimia) é um humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, ou por pelo menos um ano para crianças e adolescentes (Critério A). Esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV. Depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e episódios depressivos maiores podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior por dois anos devem receber diagnóstico de transtorno depressivo persistente, além de transtorno depressivo maior.

Os indivíduos com transtorno depressivo persistente descrevem seu humor como triste ou "na fossa". Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seis sintomas do Cri-

tério B estão presentes. Como esses sintomas tornaram-se uma parte tão presente na experiência cotidiana do indivíduo, em particular no caso de início precoce (p. ex., "Sempre fui desse jeito"), eles podem não ser relatados, a menos que diretamente investigados pelo entrevistador. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes), qualquer intervalo livre de sintomas dura não mais do que dois meses (Critério C).

Prevalência

O transtorno depressivo persistente é efetivamente um amálgama do transtorno distímico e do episódio depressivo maior crônico do DSM-IV. A prevalência de 12 meses nos Estados Unidos é de aproximadamente 0,5% para transtorno depressivo persistente e de 1,5% para transtorno depressivo maior crônico.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno depressivo persistente com frequência apresenta um início precoce e insidioso (i.e., na infância, na adolescência ou no início da idade adulta) e, por definição, um curso crônico. Entre os indivíduos com transtorno depressivo persistente e transtorno da personalidade *borderline*, a covariância das características correspondentes ao longo do tempo sugere a operação de um mecanismo comum. O início precoce (i.e., antes dos 21 anos) está associado a uma probabilidade maior de transtornos da personalidade e de transtornos por uso de substâncias comórbidos.

Quando os sintomas aumentam até o nível de um episódio depressivo maior, eles provavelmente retornarão um nível inferior. Entretanto, os sintomas depressivos têm muito menos probabilidade de desaparecer em determinado período de tempo no contexto do transtorno depressivo persistente do que em um episódio depressivo maior.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores preditivos de pior evolução no longo prazo incluem níveis mais elevados de afetividade negativa (neuroticismo), maior gravidade dos sintomas, pior funcionamento global e presença de transtornos de ansiedade ou transtorno da conduta.

Ambientais. Os fatores de risco na infância incluem perda ou separação dos pais.

Genéticos e fisiológicos. Não existem diferenças claras no desenvolvimento, no curso ou na história familiar entre o transtorno distímico e o transtorno depressivo maior crônico no DSM-IV. Portanto, os achados anteriores relativos a cada transtorno provavelmente se aplicam ao transtorno depressivo persistente. É provável, assim, que os indivíduos com transtorno depressivo persistente tenham uma proporção maior de parentes de primeiro grau com essa doença do que os indivíduos com transtorno depressivo maior, e mais transtornos depressivos em geral.

Inúmeras regiões cerebrais (p. ex., córtex pré-frontal, cingulado anterior, amígdala, hipocampo) foram implicadas no transtorno depressivo persistente. Também existem possíveis anormalidades polissonográficas.

Consequências Funcionais do Transtorno Depressivo Persistente

O grau em que o transtorno depressivo persistente repercute no funcionamento social e profissional provavelmente varia bastante, porém os efeitos podem ser tão grandes quanto ou maiores do que os do transtorno depressivo maior.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Caso exista um humor depressivo e dois ou mais sintomas que satisfaçam os critérios para um episódio depressivo persistente por dois anos ou mais, é feito o diagnóstico de transtorno depressivo persistente. O diagnóstico depende da duração de dois anos,

o que o distingue dos episódios de depressão, que não duram dois anos. Se os critérios dos sintomas são suficientes para o diagnóstico de um episódio depressivo maior em qualquer momento durante esse período, então o diagnóstico de depressão maior deve ser anotado, mas é codificado não como um diagnóstico separado, e sim como um especificador com o diagnóstico de transtorno depressivo persistente. Se os sintomas do indivíduo atualmente satisfazem todos os critérios para um episódio depressivo maior, então deve ser usado o especificador "com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual". Se o episódio depressivo maior persistiu por pelo menos dois anos e continua presente, então é usado o especificador "com episódio depressivo maior persistente". Quando todos os critérios para episódio depressivo maior não são satisfeitos atualmente, mas houve pelo menos um episódio prévio de depressão maior no contexto de pelo menos dois anos de sintomas depressivos persistentes, é usado o especificador "com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual". Se o indivíduo não experimentou um episódio de depressão maior nos últimos dois anos, então é usado o especificador "com síndrome distímica pura".

Transtornos psicóticos. Os sintomas depressivos são uma característica comum associada aos transtornos psicóticos crônicos (p. ex., transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante). Um diagnóstico separado de transtorno depressivo persistente não é feito se os sintomas ocorrem apenas durante o curso do transtorno psicótico (incluindo fases residuais).

Transtorno depressivo ou transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica. O transtorno depressivo persistente deve ser diferenciado de um transtorno depressivo ou transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica. O diagnóstico é transtorno depressivo ou transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica se a perturbação do humor for considerada, com base na história, no exame físico ou em achados laboratoriais, consequência dos efeitos fisiopatológicos diretos de uma condição médica específica, geralmente crônica (p. ex., esclerose múltipla). Se o clínico julgar que os sintomas depressivos não são consequência dos efeitos fisiológicos de outra condição médica, então se registra o transtorno mental principal (p. ex., transtorno depressivo persistente), e a condição médica é anotada como uma condição médica concomitante (p. ex., diabetes melito).

Transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicamento. Um transtorno depressivo ou transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento são diferenciados do transtorno depressivo persistente quando uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada à perturbação do humor.

Transtornos da personalidade. Com frequência, existem evidências de um transtorno da personalidade coexistente. Quando a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para transtorno depressivo persistente e um transtorno de personalidade, ambos os diagnósticos são dados.

Comorbidade

Em comparação com indivíduos com transtorno depressivo maior, aqueles com transtorno depressivo persistente estão em maior risco para comorbidade psiquiátrica em geral e para transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias em particular. O transtorno depressivo persistente de início precoce está fortemente associado aos transtornos da personalidade dos Grupos B e C do DSM-IV.

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Critérios Diagnósticos **625.4 (N94.3)**

A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final antes do início da menstruação, começar a *melhorar* poucos dias depois do início da menstruação e tornar-se *mínimos* ou ausentes na semana pós-menstrual.

B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente:
   1. Labilidade afetiva acentuada (p. ex., mudanças de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou sensibilidade aumentada à rejeição).
   2. Irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais.
   3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos.
   4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite.

C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve adicionalmente estar presente para atingir um total de *cinco* sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B.
   1. Interesse diminuído pelas atividades habituais (p. ex., trabalho, escola, amigos, passatempos).
   2. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar.
   3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada.
   4. Alteração acentuada do apetite; comer em demasia; ou avidez por alimentos específicos.
   5. Hipersonia ou insônia.
   6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controle.
   7. Sintomas físicos como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de "inchaço" ou ganho de peso.

Nota: Os sintomas nos Critérios A-C devem ser satisfeitos para a maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente.

D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou a interferência no trabalho, na escola, em atividades sociais habituais ou relações com outras pessoas (p. ex., esquiva de atividades sociais; diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).

E. A perturbação não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outro transtorno, como transtorno depressivo maior, transtorno de pânico, transtorno depressivo persistente (distimia) ou um transtorno da personalidade (embora possa ser concomitante a qualquer um desses transtornos).

F. O Critério A deve ser confirmado por avaliações prospectivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. (**Nota:** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação.)

G. Os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

Procedimentos para Registro

Se os sintomas não foram confirmados por avaliações prospectivas diárias de pelo menos dois ciclos sintomáticos, "provisório" deve ser anotado depois do nome do diagnóstico (i.e., "transtorno disfórico pré-menstrual, provisório").

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno disfórico pré-menstrual são a expressão de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois. Esses sintomas podem ser acompanhados de sintomas comportamentais e físicos. Devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais durante o último ano e ter um efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social. A intensidade e/ou expressividade dos sintomas acompanhados podem estar intimamente relacionadas a características do grupo social e cultural da mulher afetada, a perspectivas familiares e a fatores mais específicos, como crenças religiosas, tolerância social e questões do papel de gênero feminino.

Em geral, os sintomas atingem seu auge perto do momento de início da menstruação. Embora não seja incomum perdurarem até os primeiros dias da menstruação, a mulher deve ter um período livre de sintomas na fase folicular depois que inicia o período menstrual. Embora os sinais principais incluam sintomas de humor e ansiedade, sintomas comportamentais e somáticos também costumam ocorrer. Entretanto, a presença de sintomas físicos e/ou comportamentais na ausência de sintomas de humor e/ou ansiosos não é suficiente para um diagnóstico. Os sintomas são de gravidade (mas não duração) comparável à de outro transtorno mental, como o episódio

depressivo maior ou o transtorno de ansiedade generalizada. Para a confirmação de um diagnóstico provisório, é necessária a avaliação prospectiva diária dos sintomas por pelo menos dois ciclos sintomáticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Delírios e alucinações foram descritos no fim da fase lútea do ciclo menstrual, mas são raros. A fase pré-menstrual foi considerada por alguns como um período de risco de suicídio.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno disfórico pré-menstrual está entre 1,8 e 5,8% das mulheres que menstruam. As estimativas aumentam substancialmente se estiverem baseadas em relatos retrospectivos em vez de em avaliações prospectivas diárias. Entretanto, a prevalência estimada com base em um registro diário dos sintomas por 1 a 2 meses pode ser menos representativa, uma vez que as mulheres com os sintomas mais graves podem não conseguir manter o processo de anotação. A estimativa mais rigorosa de transtorno disfórico pré-menstrual é de 1,8% para as mulheres cujos sintomas satisfazem todos os critérios sem prejuízo funcional e de 1,3% para aquelas cujos sintomas satisfazem os critérios atuais com prejuízo funcional e sem a concomitância de sintomas de outro transtorno mental.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno disfórico pré-menstrual pode ocorrer a qualquer momento após a menarca. A incidência de casos novos durante um período de acompanhamento de 40 meses é de 2,5% (intervalo de confiança [IC] 95% = 1,7-3,7). Há relatos de que muitas mulheres, quando se aproximam da menopausa, referem piora nos sintomas. Eles cessam após a menopausa, embora a reposição hormonal cíclica possa desencadear nova manifestação dos sintomas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Os fatores ambientais associados à expressão do transtorno disfórico pré-menstrual incluem estresse, história de trauma interpessoal, mudanças sazonais e aspectos socioculturais do comportamento sexual feminino em geral e o papel do gênero feminino em particular.

Genéticos e fisiológicos. A herdabilidade do transtorno disfórico pré-menstrual é desconhecida. No entanto, para os sintomas pré-menstruais, as estimativas de herdabilidade variam entre 30 e 80%, com o componente mais estável dos sintomas pré-menstruais estimado como cerca de 50% herdável.

Modificadores do curso. Mulheres que usam contraceptivos orais podem ter menos queixas pré-menstruais do que as que não os utilizam.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno disfórico pré-menstrual não é um transtorno relacionado à cultura e foi observado em mulheres nos Estados Unidos, na Europa, na Índia e na Ásia. Não está claro se as taxas diferem por raça. No entanto, a frequência, a intensidade e a expressividade dos sintomas e os padrões para a busca de ajuda podem ser significativamente influenciados por fatores culturais.

Marcadores Diagnósticos

Conforme já indicado, o diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual é apropriadamente confirmado por dois meses de avaliação prospectiva dos sintomas. Inúmeras escalas, incluindo

a Daily Rating of Severity of Problems e a Visual Analogue Scales for Premenstrual Mood Symptoms, foram validadas e costumam ser usadas em ensaios clínicos para o transtorno. A escala Premenstrual Tension Syndrome Rating Scale apresenta uma versão de autorrelato e uma do observador, ambas validadas e utilizadas amplamente para medir a gravidade da doença em mulheres com o transtorno.

Consequências Funcionais do Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Os sintomas devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo claro e acentuado na capacidade de funcionar social e profissionalmente na semana anterior à menstruação. O prejuízo no funcionamento social pode se manifestar como discórdia conjugal e problemas com os filhos, outros membros da família ou amigos. Problemas conjugais ou profissionais crônicos não devem ser confundidos com a disfunção que ocorre apenas em associação com o transtorno disfórico pré-menstrual.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome pré-menstrual. A síndrome pré-menstrual difere do transtorno disfórico pré-menstrual por não ser necessária a presença de um mínimo de cinco sintomas e por não existir estipulação de sintomas afetivos para as mulheres com a síndrome. Essa condição pode ser mais comum do que o transtorno disfórico pré-menstrual, embora a prevalência estimada da síndrome varie. Embora esta última compartilhe a característica de expressão dos sintomas durante a fase pré-menstrual do ciclo, é geralmente considerada como menos grave do que o transtorno. A presença de sintomas físicos ou comportamentais no período pré-menstrual, sem os sintomas afetivos requeridos, provavelmente satisfaz os critérios para síndrome pré-menstrual, e não para transtorno disfórico pré-menstrual.

Dismenorreia. A dismenorreia é uma síndrome dolorosa da menstruação, mas é diferente de uma síndrome caracterizada por alterações afetivas. Além do mais, os sintomas da dismenorreia começam com o início da menstruação, enquanto os sintomas do transtorno disfórico pré-menstrual, por definição, começam antes do início da menstruação, mesmo que perdurem nos primeiros dias do período.

Transtorno bipolar, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distimia). Muitas mulheres (seja naturalmente ou induzido por substância/medicamento) com transtorno bipolar, transtorno depressivo maior ou transtorno depressivo persistente acreditam que têm transtorno disfórico pré-menstrual. Entretanto, quando anotam os sintomas, percebem que estes não seguem um padrão pré-menstrual. As mulheres com outro transtorno mental podem experimentar sintomas crônicos ou intermitentes que não estão relacionados com a fase do ciclo menstrual. No entanto, como o início da menstruação constitui um evento memorável, elas podem relatar que os sintomas ocorrem apenas durante o período pré-menstrual ou que pioram antes da menstruação. Esta é uma das justificativas para a exigência de que os sintomas sejam confirmados por avaliações prospectivas diárias. O processo de diagnóstico diferencial, particularmente se o clínico se baseia apenas nos sintomas retrospectivos, torna-se mais difícil devido à sobreposição entre os sintomas do transtorno disfórico pré-menstrual e alguns outros diagnósticos. A sobreposição dos sintomas é particularmente evidente na diferenciação do transtorno disfórico pré-menstrual dos episódios depressivos maiores, dos transtornos depressivos persistentes, dos transtornos bipolares e do transtorno da personalidade *borderline*. Contudo, a taxa de transtornos da personalidade não é mais alta em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual do que naquelas sem o transtorno.

Uso de tratamentos hormonais. Algumas mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves podem estar fazendo tratamentos hormonais, incluindo contracepti-

vos hormonais. Se tais sintomas ocorrem após o início do uso de hormônios exógenos, podem ser devidos ao uso de hormônios em vez de à condição subjacente de transtorno disfórico pré-menstrual. Se a mulher interrompe os hormônios e os sintomas desaparecem, isso é compatível com o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento.

Comorbidade

Um episódio depressivo maior é o transtorno prévio mais frequentemente relatado em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual. Uma ampla variedade de condições médicas (p. ex., cefaleia, asma, alergias, transtornos convulsivos) ou outros transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos e transtornos bipolares, transtornos de ansiedade, bulimia nervosa, transtornos por uso de substância) podem piorar na fase pré-menstrual; entretanto, a ausência de um período livre de sintomas durante o intervalo pós-menstrual impede um diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual. Essas condições são mais bem consideradas exacerbação pré-menstrual de um transtorno mental ou de uma doença médica atual. Embora o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual não deva ser dado em situações em que uma mulher apenas experimenta uma exacerbação pré-menstrual de outro transtorno mental ou distúrbio físico, ele pode ser considerado além do diagnóstico deste último se ela experimenta sintomas e alterações no nível de funcionamento que são característicos do transtorno disfórico pré-menstrual e acentuadamente diferentes dos sintomas experimentados como parte do transtorno em curso.

Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Uma perturbação proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico, caracterizada por humor depressivo ou diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades.
B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de (1) e (2):
   1. Os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou logo após intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas no Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno depressivo não induzido por substância/medicamento. Tais evidências de um transtorno depressivo independente podem incluir:

   Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial (p. ex., cerca de um mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um transtorno depressivo independente, não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium.*
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas no Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves a ponto de justificar atenção clínica.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para os transtornos depressivos induzidos [por substância/medicamento específico] são indicados na tabela a seguir. Observe que o código da CID-10-MC depende da existência ou não de um transtorno comórbido por uso de substância presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno leve por uso de substância é

comórbido ao transtorno depressivo induzido por substância, o caractere da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes do transtorno depressivo induzido por substância (p. ex., "transtorno por uso de cocaína leve com transtorno depressivo induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave for comórbido ao transtorno depressivo induzido por substância, o caractere da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância], moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não existe transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., depois de uma ocorrência de uso pesado da substância), então o caractere da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar apenas o transtorno depressivo induzido por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opioide	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para diagnósticos associados à classe da substância):

Com início durante a intoxicação: Se são satisfeitos os critérios para intoxicação pela substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se são satisfeitos os critérios para abstinência da substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) que presumivelmente está causando os sintomas depressivos. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela inclusa no conjunto de critérios, a qual está baseada na classe de drogas. Para substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado, e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas se desconhece sua classe específica, a categoria "substância desconhecida" deve ser usada.

O nome do transtorno é seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Diferentemente dos procedimentos de registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substâncias em um único código, para a CID-9-MC, é dado um código diagnóstico separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas depressivos ocorrendo durante a abstinência em um homem com um transtorno por uso de cocaína, grave, o diagnóstico é 292.84 transtorno depressivo induzido por cocaína, com início durante a abstinência. Um diagnóstico adicional de 304.20 transtorno por uso de cocaína, grave, também é dado. Quando se considera que mais de uma substância desempenha papel significativo no desenvolvimento de sintomas

de humor depressivo, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., 292.84 transtorno depressivo induzido por metilfenidato, com início durante a abstinência; 292.84 transtorno depressivo induzido por dexametasona, com início durante a intoxicação).

CID-10-MC. O nome do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento começa com o nome da substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) que presumivelmente está causando os sintomas depressivos. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela inclusa no conjunto de critérios, a qual está baseada na classe de drogas e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em qualquer uma das classes (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado, e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas se desconhece sua classe específica, a categoria "substância desconhecida" deve ser usada.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra "com", seguida pelo nome do transtorno depressivo induzido por substância, seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas depressivos ocorrendo durante a abstinência em um homem com um transtorno por uso de cocaína, grave, o diagnóstico é F14.24 transtorno por uso de cocaína, grave, com início durante a abstinência. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína, grave, comórbido, não é dado. Se o transtorno depressivo induzido por substância ocorre sem um transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., depois de uma vez de uso pesado da substância), outro transtorno por uso de substância não é anotado (p. ex., F16.94 transtorno depressivo induzido por fenciclidina, com início durante a intoxicação). Quando se considera que mais de uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento de sintomas de humor depressivo, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., F15.24 transtorno por uso de metilfenidato, grave, com transtorno depressivo induzido por metilfenidato, com início durante a abstinência; F19.94 transtorno depressivo induzido por dexametasona, com início durante a intoxicação).

Características Diagnósticas

As características diagnósticas do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento incluem os sintomas de um transtorno depressivo, como o transtorno depressivo maior; entretanto, abstinência está associada a ingestão, injeção ou inalação de uma substância (p. ex., droga de abuso, exposição a uma toxina, medicamento psicotrópico, outro medicamento) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência. Conforme evidenciado pela história clínica, pelo exame físico ou por achados laboratoriais, o transtorno depressivo relevante deve ter-se desenvolvido durante ou em até um mês após o uso de uma substância que é capaz de produzir o transtorno depressivo (Critério B1). Além disso, o diagnóstico não é mais bem explicado por um transtorno depressivo independente. As evidências de um transtorno depressivo independente incluem o transtorno depressivo precedendo o início da ingestão ou abstinência da substância; o transtorno depressivo persistindo além de um período substancial de tempo após a cessação do uso da substância; a sugestão da existência de um transtorno depressivo não induzido por substância/medicamento independente (Critério C). Esse diagnóstico não deve ser feito quando os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de *delirium* (Critério D). O transtorno depressivo associado ao uso de substância, à intoxicação ou à abstinência deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo para se qualificar para esse diagnóstico (Critério E).

Alguns medicamentos (p. ex., estimulantes, esteroides, L-dopa, antibióticos, drogas que atuam no sistema nervoso central, agentes dermatológicos, agentes quimioterápicos, agentes imunológicos) podem induzir perturbações depressivas do humor. O julgamento clínico é essencial para determinar se o medicamento é o verdadeiro causador do transtorno depressivo

ou se um transtorno depressivo primário teve seu início enquanto a pessoa recebia o tratamento. Por exemplo, um episódio depressivo que se desenvolveu durante as primeiras semanas de início de alfa-metildopa (um agente anti-hipertensivo) em um indivíduo sem história de transtorno depressivo maior qualifica-se para o diagnóstico de transtorno depressivo induzido por medicamento. Em alguns casos, uma condição estabelecida de forma prévia (p. ex., transtorno depressivo maior, recorrente) pode ter recorrência enquanto o indivíduo está coincidentemente tomando um medicamento que tem a capacidade de causar sintomas depressivos (p. ex., L-dopa, contraceptivos orais). Nesses casos, o clínico deve julgar se o medicamento é causador nessa situação particular.

Um transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno depressivo primário mediante a consideração do início, do curso e de outros fatores associados ao uso da substância. Deve haver evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de uso de substância, abuso, intoxicação ou abstinência antes do início do transtorno depressivo. O estado de abstinência de algumas substâncias pode ser relativamente retardado, e, dessa forma, sintomas depressivos intensos podem durar um longo período após a cessação do uso da substância.

Prevalência

Em uma população adulta representativa dos Estados Unidos, a prevalência durante a vida de um transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é de 0,26%.

Desenvolvimento e Curso

Um transtorno depressivo associado ao uso de substância (i.e., álcool, drogas ilícitas ou um tratamento prescrito para um transtorno mental ou outra condição médica) deve ter seu início enquanto o indivíduo está usando a substância ou durante a abstinência, se houver uma síndrome de abstinência associada à substância. Com mais frequência, o transtorno depressivo tem seu início nas primeiras semanas ou após um mês de uso da substância. Depois que esta é descontinuada, os sintomas depressivos geralmente desaparecem no período de dias a várias semanas, dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de uma síndrome de abstinência. Se os sintomas persistem quatro semanas além do curso de tempo esperado da abstinência de uma substância/medicamento particular, outras causas para os sintomas de humor depressivo devem ser consideradas.

Embora existam poucos ensaios controlados prospectivos examinando a associação dos sintomas depressivos com o uso de medicamento, a maioria dos relatos é de estudos de controle pós-comercialização, estudos observacionais retrospectivos ou relatos de caso, dificultando a determinação das evidências de causalidade. As substâncias implicadas no transtorno depressivo induzido por medicamento, com graus variados de evidências, incluem os agentes antivirais (efavirenz), agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivativos do ácido retinoico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antienxaqueca (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteroides, contraceptivos orais, agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina, tamoxifeno), agentes de cessação do fumo (vereniclina) e agentes imunológicos (interferon). Entretanto, outras substâncias potenciais continuam a surgir à medida que novos compostos são sintetizados. Uma história de uso de tais substâncias pode ajudar a aumentar a certeza diagnóstica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores que parecem aumentar o risco de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento podem ser conceitualizados como pertencendo ao tipo específico de droga ou a um grupo de indivíduos com transtornos por uso de álcool ou droga subjacentes.

Os fatores de risco comuns a todas as drogas incluem história de transtorno depressivo maior, história de depressão induzida por droga e estressores psicossociais.

Ambientais. Também existem fatores de risco relativos a um tipo específico de medicamento (p. ex., aumento da atividade imunológica antes do tratamento para hepatite C associado a depressão induzida por interferon alfa); a altas doses (mais do que 80 mg/dia de equivalentes da prednisona) de corticosteroides ou altas concentrações plasmáticas de efavirenz; e alto conteúdo de estrogênio/progesterona em contraceptivos orais.

Modificadores do curso. Em uma população adulta representativa nos Estados Unidos, comparada com indivíduos com transtorno depressivo maior que não tinham um transtorno devido ao uso de substância, os indivíduos com transtorno depressivo induzido por substância tinham mais probabilidade de ser do sexo masculino, negros, ter no máximo o diploma do ensino médio, não ter seguro e ter renda familiar mais baixa. Eles também tinham mais probabilidade de relatar maior história familiar de transtornos por uso de substâncias e comportamento antissocial, maior história de eventos estressantes na vida nos 12 meses precedentes e maior número de critérios para transtorno depressivo maior do DSM-IV. Tinham mais probabilidade de relatar sentimentos de desvalia, insônia/hipersonia, pensamentos de morte e tentativas de suicídio, porém menos probabilidade de relatar humor depressivo e perda parental por morte antes dos 18 anos.

Marcadores Diagnósticos

A determinação do uso de substância pode ocasionalmente ser feita por meio de ensaios laboratoriais da substância suspeita no sangue ou na urina para corroborar o diagnóstico.

Risco de Suicídio

A suicidalidade induzida por droga ou emergente no tratamento representa uma alteração acentuada nos pensamentos e no comportamento da linha de base da pessoa, está, em geral, temporariamente associada ao início do uso de uma substância e deve ser distinguida dos transtornos mentais primários subjacentes.

No tocante à suicidalidade emergente no tratamento com antidepressivos, um comitê consultivo da U.S. Food and Drug Administration (FDA) considerou metanálises de 99.839 participantes arrolados em 372 ensaios clínicos randomizados de antidepressivos em ensaios para transtornos mentais. As análises mostraram que, quando os dados eram agrupados em todas as faixas etárias adultas, não havia risco aumentado perceptível de comportamento ou ideação suicida. Entretanto, em análise estratificada por idade, o risco para pacientes entre 18 e 24 anos era elevado, embora não significativamente (razão de chances [RC] = 1,55; IC de 95% = 0,91-2,70). As metanálises da FDA revelam um risco absoluto de suicídio em pacientes que estão tomando antidepressivos em estudo de 0,01%. Em conclusão, o suicídio emergente no tratamento é claramente um fenômeno muito raro, porém o desfecho de suicídio foi suficientemente sério fazendo a FDA emitir uma advertência de caixa preta, em 2007, referente à importância do monitoramento criterioso da ideação suicida emergente no tratamento entre pacientes que estão recebendo antidepressivos.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância. Sintomas depressivos costumam ocorrer em intoxicação por substância e em abstinência de substância, e o diagnóstico de intoxicação ou abstinência por substância específica em geral será suficiente para categorizar a apresentação sintomática. Deve ser feito um diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância quando os sintomas de humor são suficientemente graves para serem objeto de atenção e

tratamento. Por exemplo, humor disfórico é uma característica típica da abstinência de cocaína. Deve ser diagnosticado transtorno depressivo induzido por substância/medicamento em vez de abstinência de cocaína apenas se a perturbação de humor é substancialmente mais intensa ou de duração mais longa do que se encontra em geral na abstinência de cocaína e se é suficientemente grave a ponto de ser um foco separado de atenção e tratamento.

Transtorno depressivo primário. O transtorno depressivo induzido por substância/medicamento distingue-se de um transtorno depressivo primário pelo fato de que uma substância está supostamente relacionada de forma etiológica aos sintomas, conforme descrito anteriormente (ver a seção "Desenvolvimento e Curso" para esse transtorno).

Transtorno depressivo devido a outra condição médica. Uma vez que os indivíduos com outras condições médicas frequentemente tomam medicamentos para esses problemas, o clínico precisa considerar a possibilidade de os sintomas de humor serem causados pelas consequências fisiológicas da condição médica, e não pelo medicamento, sendo que, nesse caso, se aplica um diagnóstico de transtorno depressivo devido a outra condição médica. A avaliação da história do paciente com frequência oferece a base primária para tal julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para a outra condição médica (p. ex., substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar empiricamente se o medicamento é o agente causador. Se o clínico se assegurou de que a perturbação se deve tanto a outra condição médica quanto ao uso ou abstinência de uma substância, ambos os diagnósticos (i.e., transtorno depressivo devido a outra condição médica e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Quando existem evidências insuficientes para determinar se os sintomas depressivos estão associados à ingestão de substância (inclusive medicamentos), a abstinência ou a outra condição médica ou se são primários (i.e., não devidos a uma substância nem a outra condição médica), os diagnósticos de outro transtorno depressivo especificado ou de transtorno depressivo não especificado são indicados.

Comorbidade

Comparados a indivíduos com transtorno depressivo maior e sem transtorno por uso de substância comórbido, aqueles com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento têm taxas mais elevadas de comorbidade com um transtorno mental do DSM-IV; têm mais probabilidade de ter transtornos específicos do DSM-IV, como jogo patológico e transtornos da personalidade paranoide, histriônica e antissocial; e têm menos probabilidade de ter transtorno depressivo persistente (distimia). Comparados a indivíduos com transtorno depressivo maior e um transtorno por uso de substância comórbido, aqueles com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento têm mais probabilidade de ter transtorno por uso de álcool; entretanto, têm menos probabilidade de apresentar transtorno depressivo persistente.

Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica

Critérios diagnósticos

A. Um período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades que predomina no quadro clínico.
B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., transtorno de adaptação com humor depressivo em resposta ao estresse de ter uma condição médica grave).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium.*

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para transtorno depressivo devido a outra condição médica é **293.83**, o qual é atribuído independentemente do especificador. O código da CID-10-MC depende do especificador (ver a seguir).

Especificar se:

(F06.31) Com características depressivas: Não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior.

(F06.32) Com episódio do tipo depressivo maior: São satisfeitos todos os critérios (exceto o Critério C) para um episódio depressivo maior.

(F06.34) Com características mistas: Sintomas de mania ou de hipomania também estão presentes, mas não predominam no quadro clínico.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.83 [F06.31] transtorno depressivo devido a hipotireoidismo, com características depressivas). A outra condição médica também deve ser codificada e listada em separado imediatamente antes do transtorno depressivo devido à condição médica (p. ex., 244.9 [E03.9] hipotireoidismo; 293.83 [F06.31] transtorno depressivo devido a hipotireoidismo, com características depressivas).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno depressivo devido a outra condição médica é um período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (Critério A) que é considerado relacionado aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica (Critério B). Ao determinar se a perturbação do humor se deve a uma condição médica geral, o clínico deve, primeiramente, estabelecer a presença de uma condição médica geral. Além disso, deve estabelecer que a perturbação do humor está etiologicamente relacionada à condição médica geral por meio de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação cuidadosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para esse julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre a perturbação do humor e a condição médica geral é etiológica, diversas considerações oferecem alguma orientação nessa área. Uma delas é a presença de associação temporal entre o início, a exacerbação ou a remissão da condição médica geral e o mesmo em relação à perturbação de humor. Uma segunda consideração é a presença de características que são atípicas nos transtornos do humor primários (p. ex., idade de início ou curso atípico ou ausência de história familiar). Evidências da literatura que sugerem a possível existência de uma associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento de sintomas de humor podem oferecer um contexto útil na avaliação de determinada situação.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A etiologia (i.e., uma relação causal com outra condição médica baseada na melhor evidência clínica) é a variável-chave no transtorno depressivo devido a outra condição médica. A listagem das condições médicas que são consideradas capazes de induzir depressão maior nunca está completa, e o melhor julgamento do clínico é a essência desse diagnóstico.

Existem claras associações, assim como alguns correlatos neuroanatômicos, da depressão com AVC, doença de Huntington, doença de Parkinson e lesão cerebral traumática. Entre as condições neuroendócrinas mais intimamente associadas à depressão estão a síndrome de Cushing e o hipotireoidismo. Existem inúmeras outras condições associadas à depressão, tais como a esclerose múltipla. Entretanto, o apoio da literatura para uma associação causal é maior em relação a algumas condições, como doença de Parkinson e doença de Huntington, do que a outras, para as quais o diagnóstico diferencial pode ser transtorno de adaptação com humor depressivo.

Desenvolvimento e Curso

Após um AVC, o início da depressão parece ser muito agudo, ocorrendo no espaço de um a poucos dias após o AVC nas maiores séries de casos. Entretanto, em algumas situações, o início da depressão ocorre semanas a meses depois do AVC. Nas maiores séries, a duração média do episódio depressivo maior após um AVC foi de 9 a 11 meses. De modo semelhante, na doença de Huntington, o estado depressivo surge precocemente no curso da doença. Na doença de Parkinson e na doença de Huntington, a depressão com frequência precede os prejuízos motores maiores e os prejuízos cognitivos associados a cada condição. Isso ocorre mais proeminentemente no caso da doença de Huntington, em que a depressão é considerada como o primeiro sintoma neuropsiquiátrico. Existem algumas evidências observacionais de que a depressão é menos comum à medida que a demência da doença de Huntington progride.

Fatores de Risco e Prognóstico

O risco para início agudo de transtorno depressivo maior após AVC (um dia a uma semana a partir do evento) parece ter forte correlação à localização da lesão, com maior risco associado a acidentes vasculares frontais esquerdos e menor risco aparentemente associado a lesões frontais direitas naqueles indivíduos em que se apresenta poucos dias após o AVC. A associação com regiões frontais e lateralidade não é observada em estados depressivos que ocorrem 2 a 6 meses após o AVC.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As diferenças de gênero dizem respeito àquelas associadas à condição médica (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico é mais comum em mulheres; AVC é um pouco mais comum em homens de meia-idade comparados com as mulheres).

Marcadores Diagnósticos

Os marcadores diagnósticos dizem respeito àqueles associados à condição médica (p. ex., níveis de esteroides no sangue ou na urina para ajudar a corroborar o diagnóstico da doença de Cushing, que pode estar associada a síndromes maníacas ou depressivas).

Risco de Suicídio

Não existem estudos epidemiológicos que forneçam evidências para diferenciar o risco de suicídio de um episódio depressivo maior devido a outra condição médica comparado com o risco de um episódio depressivo maior em geral. Existem relatos de caso de suicídios em associação com episódios depressivos maiores associados a outra condição médica. Há clara associação entre doenças médicas graves e suicídio, particularmente logo após o início ou diagnóstico da doença. Assim, seria prudente presumir que o risco de suicídio para episódios depressivos maiores associados a condições médicas não é menor do que o risco para outras formas de episódio depressivo maior, podendo ser ainda maior.

Consequências Funcionais do Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica

As consequências funcionais dizem respeito àquelas associadas à condição médica. Em geral, acredita-se, mas não está estabelecido, que um episódio depressivo maior induzido pela doença de Cushing não terá recorrência se essa doença for curada ou interrompida. No entanto, também é sugerido, mas não está estabelecido, que os transtornos do humor, incluindo os depressivos

e maníacos/hipomaníacos, podem ser episódicos (i.e., recorrentes) em alguns indivíduos com lesões cerebrais estáticas e outras doenças do sistema nervoso central.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos depressivos não devidos a outra condição médica. Determinar se uma condição médica que acompanha um transtorno depressivo está causando o transtorno depende dos seguintes fatores: a) ausência de episódios depressivos antes do início da condição médica, b) probabilidade de que a condição médica associada tenha um potencial de promover ou causar um transtorno depressivo e c) um curso de sintomas depressivos logo após o início ou piora da condição médica, sobretudo se os sintomas depressivos entram em remissão próximo ao momento em que a condição médica é efetivamente tratada ou entra em remissão.

Transtorno depressivo induzido por medicamento. Um alerta importante é que algumas condições médicas são tratadas com medicamentos (p. ex., esteroides ou interferon alfa) que podem induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, o julgamento clínico, baseado em todas as evidências disponíveis, é a melhor forma de tentar separar o mais provável e/ou o mais importante dos dois fatores etiológicos (i.e., associação com a condição médica vs. uma síndrome induzida por substância).

Transtornos de adaptação. É importante diferenciar um episódio depressivo de um transtorno de adaptação, já que o início da condição médica é, em si, um estressor vital que poderia desencadear um transtorno de adaptação ou um episódio de depressão maior. Os principais elementos distintivos são o caráter difuso do quadro depressivo, bem como o número e a qualidade dos sintomas depressivos que o paciente relata ou demonstra no exame do estado mental. O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, mas vai além do âmbito deste Manual.

Comorbidade

As condições comórbidas com o transtorno depressivo devido a outra condição médica são aquelas associadas às condições médicas de relevância etiológica. Foi observado que pode ocorrer *delirium* antes ou junto com os sintomas depressivos em indivíduos com uma variedade de condições médicas, como a doença de Cushing. A associação de sintomas de ansiedade, em geral sintomas generalizados, é comum em transtornos depressivos, independentemente da causa.

Outro Transtorno Depressivo Especificado

311 (F32.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno depressivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos depressivos. A categoria outro transtorno depressivo especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno depressivo específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno depressivo especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "episódio depressivo de curta duração").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno depressivo especificado" incluem:

1. **Depressão breve recorrente:** Presença concomitante de humor depressivo e pelo menos quatro outros sintomas de depressão por 2 a 13 dias pelo menos uma vez por mês (não associados ao ciclo menstrual) por pelo menos 12 meses consecutivos em um indivíduo cuja apresentação nunca satisfez os critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou transtorno bipolar e atualmente não satisfaz critérios ativos ou residuais de qualquer transtorno psicótico.

2. **Episódio depressivo de curta duração (4 a 13 dias):** Afeto depressivo e pelo menos quatro dos outros oito sintomas de um episódio depressivo maior associados a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo que persiste por mais de quatro dias, porém menos de 14 dias, em um indivíduo cuja apresentação nunca satisfez critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou transtorno bipolar, atualmente não satisfaz critérios ativos ou residuais para qualquer transtorno psicótico e não satisfaz critérios para depressão breve recorrente.
3. **Episódio depressivo com sintomas insuficientes:** Afeto depressivo e pelo menos um dos outros oito sintomas de um episódio depressivo maior associados a sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo que persiste por pelo menos duas semanas em um indivíduo cuja apresentação nunca satisfez critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou transtorno bipolar, atualmente não satisfaz critérios ativos ou residuais para qualquer transtorno psicótico e não satisfaz critérios para transtorno de adaptação com sintomas mistos de ansiedade e depressão.

Transtorno Depressivo Não Especificado

311 (F32.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno depressivo que causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos depressivos. A categoria transtorno depressivo não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno depressivo específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Especificadores para Transtornos Depressivos

Especificar se:

Com sintomas ansiosos: Definido como a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias de um episódio depressivo maior ou transtorno depressivo persistente (distimia):

1. Sentir-se nervoso ou tenso.
2. Sentir-se anormalmente inquieto.
3. Dificuldade de se concentrar devido a preocupações.
4. Temor de que algo terrível aconteça.
5. Sentimento de que o indivíduo possa perder o controle de si mesmo.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.
Moderada: Três sintomas.
Moderada-grave: Quatro ou cinco sintomas.
Grave: Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

Nota: Foi observado que sintomas ansiosos são uma característica proeminente do transtorno bipolar e do transtorno depressivo maior em ambientes tanto de atenção primária quanto de cuidados especializados. Altos níveis de ansiedade têm sido associados a risco aumentado de suicídio, maior duração do transtorno e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Desse modo, é clinicamente útil especificar com precisão a presença e os níveis de gravidade dos sintomas ansiosos para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta a ele.

Com características mistas:

A. Pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes quase todos os dias durante a maioria dos dias de um episódio depressivo maior:

1. Humor elevado, expansivo.
2. Autoestima inflada ou grandiosidade.
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Aumento na energia ou na atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente).
6. Envolvimento maior ou excessivo em atividades com elevado potencial para consequências prejudiciais (p. ex., comprar desenfreadamente, indiscrições sexuais, investimentos insensatos nos negócios).
7. Redução da necessidade de sono (sentir-se descansado apesar de dormir menos do que o habitual; deve ser contrastado com insônia).

B. Sintomas mistos são observáveis por outras pessoas e representam uma alteração do comportamento usual do indivíduo.

C. Para os indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios para mania ou hipomania, o diagnóstico deve ser transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II.

D. Os sintomas mistos não são consequência de efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).
Nota: As características mistas associadas a um episódio depressivo maior se revelaram como fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II. Desse modo, é clinicamente útil observar a presença desse especificador para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta a ele.

Com características melancólicas:

A. Uma das seguintes está presente durante o período mais grave do episódio atual:
1. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades.
2. Falta de reatividade a estímulos em geral prazerosos (não se sente muito bem, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa).

B. Três (ou mais) das seguintes:
1. Uma qualidade distinta de humor depressivo caracterizado por prostração profunda, desespero e/ou morosidade ou pelo chamado humor vazio.
2. Depressão regularmente pior pela manhã.
3. Despertar muito cedo pela manhã (i.e., pelo menos duas horas antes do despertar habitual).
4. Acentuada agitação ou retardo psicomotor.
5. Anorexia ou perda de peso significativa.
6. Culpa excessiva ou inadequada.

Nota: O especificador "com características melancólicas" é aplicado se essas características estão presentes no estágio mais grave do episódio. Existe ausência quase total da capacidade para o prazer, não meramente uma diminuição. Uma diretriz para a avaliação da falta de reatividade do humor é que mesmo os eventos muito desejados não estão associados a acentuada melhora do humor. O humor absolutamente não melhora, ou então melhora apenas de forma parcial (p. ex., até 20 a 40% do normal por apenas alguns minutos de cada vez). A "qualidade distinta" de humor que é característica do especificador "com características melancólicas" é experimentada como qualitativamente diferente do que ocorre durante um episódio depressivo não melancólico. Um humor depressivo que é descrito como meramente mais grave, de maior duração, ou que se apresenta sem uma razão não é considerado distinto em qualidade. Alterações psicomotoras estão quase sempre presentes e são observáveis por outras pessoas.

As características melancólicas exibem apenas uma tendência modesta a se repetir em um mesmo indivíduo. Elas são mais frequentes em pacientes internados, em comparação com pacientes ambulatoriais; têm menos probabilidade de ocorrer em episódios depressivos maiores mais leves do que em episódios mais graves; e têm mais probabilidade de ocorrer naqueles com características psicóticas.

Com características atípicas: Este especificador pode ser aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual ou mais recente ou do transtorno depressivo persistente.

A. Reatividade do humor (i.e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:
   1. Ganho de peso ou aumento do apetite significativos.
   2. Hipersonia.
   3. Paralisia "de chumbo" (i.e., sensação de peso nos braços ou nas pernas).
   4. Um padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou profissional significativo.
C. Não são satisfeitos os critérios para "com características melancólicas" ou "com catatonia" durante o mesmo episódio.

Nota: "Depressão atípica" tem significado histórico (i.e., atípica em contraste com as apresentações agitadas "endógenas" mais clássicas de depressão que eram a norma quando a doença era raramente diagnosticada em pacientes ambulatoriais e quase nunca em adolescentes ou jovens adultos) e hoje não tem a conotação de uma apresentação clínica incomum ou excepcional, como o termo poderia implicar.

A reatividade do humor consiste na capacidade de se alegrar ante eventos positivos (p. ex., visita dos filhos, elogios de outras pessoas). O humor pode se tornar eutímico (não triste) até mesmo por longos períodos de tempo quando as circunstâncias externas permanecem favoráveis. O aumento do apetite pode ser manifestado por clara elevação no consumo alimentar ou por ganho de peso. A hipersonia pode incluir um período de sono noturno estendido ou cochilos diurnos que totalizam no mínimo 10 horas de sono por dia (ou pelo menos duas horas a mais do que quando não deprimido). A paralisia "de chumbo" é definida como sentir-se pesado, "de chumbo", ou com sobrecarga, geralmente nos braços ou pernas. Essa sensação costuma estar presente por pelo menos uma hora por dia, mas com frequência dura muitas horas seguidas. Diferentemente de outras características atípicas, a sensibilidade patológica à percepção de rejeição interpessoal é um traço de início precoce que persiste durante a maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre tanto quando a pessoa está quanto quando não está deprimida, embora possa ser exacerbada durante os períodos depressivos.

Com características psicóticas: Delírios e/ou alucinações estão presentes.

Com características psicóticas congruentes com o humor: Delírios e alucinações cujo conteúdo é coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos ou inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida ou cujo conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Com catatonia: O especificador de catatonia pode ser aplicado a um episódio de depressão se características catatônicas estão presentes durante a maior parte do episódio. Ver os critérios para catatonia associada a um transtorno mental (para uma descrição de catatonia, ver o capítulo "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos").

Com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se atualmente não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior, ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto.

Nota: Os episódios de humor podem ter seu início durante a gravidez ou no pós-parto. Embora as estimativas difiram de acordo com o período de seguimento após o parto, entre 3 e 6% das mulheres terão o início de um episódio depressivo maior durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto. Na verdade, 50% dos episódios depressivos maiores no "pós-parto" começam antes do parto. Assim, esses episódios são designados coletivamente como episódios no *periparto*. As mulheres com episódios depressivos maiores no periparto com frequência têm ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico. Estudos prospectivos demonstraram que os sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez, bem como *baby blues*, aumentam o risco de um episódio depressivo maior no pós-parto.

Os episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas. O infanticídio está frequentemente associado a episódios psicóticos no pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que este está possuído, mas os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios de humor pós-parto graves sem delírios ou alucinações específicos.

Os episódios de humor (depressivo ou maníaco) no pós-parto com características psicóticas parecem ocorrer de 1 em 500 a 1 em 1.000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco para episódios com características psicóticas no pós-parto é particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores nesse período, mas também é elevado entre as que têm a história prévia de um transtorno depressivo ou bipolar (em especial transtorno bipolar tipo I) e entre aquelas com história familiar de transtornos bipolares.

Depois que uma mulher teve um episódio no pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência em cada parto subsequente situa-se entre 30 e 50%. Os episódios pós-parto devem ser distinguidos do *delirium* que pode ocorrer nesse período, o qual se diferencia por um nível flutuante de consciência ou atenção. O período pós-parto é singular no que diz respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao impacto potencial da amamentação no planejamento do tratamento e às implicações de longo prazo de a história de transtorno do humor pós-parto no planejamento familiar subsequente.

Com padrão sazonal: O especificador se aplica ao transtorno depressivo maior recorrente.

A. Há relação temporal regular entre o início dos episódios depressivos maiores no transtorno depressivo maior e determinada estação do ano (p. ex., no outono ou no inverno).
   Nota: Não incluir os casos nos quais existe um óbvio efeito de estressores psicossociais relacionados à estação (p. ex., estar regularmente desempregado a cada inverno).
B. Remissões completas (ou uma mudança de depressão para mania ou hipomania) também ocorrem em uma época característica do ano (p. ex., a depressão desaparece na primavera).
C. Nos últimos dois anos, ocorreram dois episódios depressivos maiores, demonstrando as relações temporais sazonais definidas acima, e nenhum episódio depressivo maior não sazonal ocorreu durante o mesmo período.
D. Os episódios depressivos maiores sazonais (como já descritos) superam substancialmente em número os episódios depressivos maiores não sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo.

Nota: O especificador "com padrão sazonal" pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno depressivo maior, recorrente. A característica essencial é o início e a remissão de episódios depressivos maiores em épocas características do ano. Na maioria dos casos, os episódios iniciam no outono ou no inverno e remitem na primavera. Com menor frequência, pode haver episódios depressivos de verão recorrentes. Esse padrão de início e remissão dos episódios deve ter ocorrido durante pelo menos dois anos, sem quaisquer episódios não sazonais ocorrendo durante esse período. Além disso, os episódios depressivos sazonais devem superar em número substancial quaisquer episódios depressivos não sazonais durante o tempo de vida do indivíduo.

Este especificador não se aplica àquelas situações nas quais o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados à estação do ano (p. ex., desemprego ou compromissos escolares sazonais). Os episódios depressivos maiores que ocorrem em um padrão sazonal frequentemente se caracterizam por diminuição da energia, hipersonia, hiperfagia, ganho de peso e avidez por carboidratos. Não está claro se um padrão sazonal é mais provável no transtorno depressivo maior recorrente ou em transtornos bipolares. Entretanto, no grupo dos transtornos bipolares, um padrão sazonal parece ser mais provável no transtorno bipolar tipo II do que no transtorno bipolar tipo I. Em alguns indivíduos, o início de episódios maníacos ou hipomaníacos também pode estar ligado a determinada estação do ano.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar de acordo com latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com maiores latitudes. A idade também é um forte preditor de sazonalidade, estando as pessoas mais jovens em maior risco para episódios depressivos de inverno.

Especificar se:

Em remissão parcial: Presença de sintomas do episódio depressivo maior imediatamente anterior, mas não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período de menos de dois meses sem sintomas significativos de um episódio depressivo maior após o término desse episódio.

Em remissão completa: Durante os últimos dois meses, nenhum sinal ou sintoma significativo da perturbação esteve presente.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade está baseada no número de sintomas dos critérios, em sua gravidade e no grau de incapacitação funcional.

Leve: Caso ocorram, são poucos os sintomas presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional.

Moderada: O número de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para "leve" e "grave".

Grave: O número de sintomas está substancialmente além do requerido para fazer o diagnóstico, sua intensidade causa grave sofrimento e não é manejável, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento social e profissional.

Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. *Medo* é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os *ataques de pânico* se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Este capítulo está organizado segundo os estágios do desenvolvimento, com os transtornos sequenciados de acordo com a idade típica de início. O indivíduo com transtorno de ansiedade de separação é apreensivo ou ansioso quanto à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de dano às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.

O mutismo seletivo é caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal.

Os indivíduos com fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritos. Uma ideação cognitiva específica não está caracterizada nesse transtorno

como está em outros transtornos de ansiedade. Medo, ansiedade ou esquiva é quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. Existem vários tipos de fobias específicas: a animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros.

No transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquiva de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros.

No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares). Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados incluem menos de quatro sintomas. Os ataques podem ser *esperados*, como em resposta a um objeto ou situação normalmente temido, ou *inesperados*, significando que o ataque não ocorre por uma razão aparente. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. ex., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). O ataque de pânico pode, portanto, ser usado como um especificador descritivo para qualquer transtorno de ansiedade, como também para outros transtornos mentais.

Os indivíduos com agorafobia são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante.

As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de "nervos à flor da pele"; fatigabilidade; dificuldade de concentração ou "ter brancos"; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido a intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica.

Escalas específicas estão disponíveis para melhor caracterizar a gravidade de cada transtorno de ansiedade e captar as alterações na gravidade ao longo do tempo. Para facilitar o uso, particularmente para indivíduos com mais de um transtorno de ansiedade, essas escalas foram desenvolvidas para ter o mesmo formato (porém focos diferentes) em todos os transtornos de ansiedade, com classificações de sintomas comportamentais, sintomas cognitivos e sintomas físicos relevantes para cada transtorno.

Transtorno de Ansiedade de Separação

Critérios Diagnósticos **309.21 (F93.0)**

A. Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego.
2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastres ou morte.
3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente).
4. Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação.
5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos.
6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego.
7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.
8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista.

B. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos.

C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia; preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade de separação é o medo ou a ansiedade excessivos envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. A ansiedade excede o esperado com relação ao estágio de desenvolvimento do indivíduo (Critério A). Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação têm sintomas que satisfazem pelo menos três dos critérios apresentados a seguir. Eles vivenciam sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego (Critério A1). Eles se preocupam com o bem-estar ou a morte de figuras de apego, particularmente quando separados delas, precisam saber o paradeiro das suas figuras de apego e querem ficar em contato com elas (Critério A2). Também se preocupam com eventos indesejados consigo mesmos, como perder-se, ser sequestrado ou sofrer um acidente, que os impediriam de se reunir à sua figura importante de apego (Critério A3). Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação são relutantes ou se recusam a sair sozinhos devido ao medo de separação (Critério A4). Eles têm medo ou relutância persistente e excessiva em ficar sozinhos ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros ambientes. As crianças com transtorno de ansiedade de separação podem não conseguir permanecer ou ir até um quarto sozinhas e podem exibir comportamento de agarrar-se, ficando perto ou "sendo a sombra" dos pais por toda a casa ou precisando que alguém esteja com elas quando vão para outro cômodo na casa (Critério A5). Elas têm relutância ou recusa persistente em dormir à noite sem estarem perto de uma figura importante de apego ou em dormir fora de casa (Critério A6). As crianças com esse transtorno frequentemente têm dificuldade na hora de dormir e podem insistir para que alguém fique com elas até que adormeçam. Durante a noite, podem ir para a cama dos pais (ou para a de outra pessoa significativa, como um irmão). As crianças podem ser relutantes ou se recusar a participar de acampamentos, dormir na casa de amigos ou executar tarefas. Os adultos podem se sentir desconfortáveis quando viajam sozinhos (p. ex., dormindo em um quarto de hotel). Pode haver pesadelos repetidos nos quais o conteúdo

expressa a ansiedade de separação do indivíduo (p. ex., destruição da família devido a fogo, assassinato ou outra catástrofe) (Critério A7). Sintomas físicos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea, vômitos) são comuns em crianças quando ocorre ou é prevista a separação das figuras importantes de apego (Critério A8). Sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas e sensação de desmaio são raros em crianças menores, mas podem ocorrer em adolescentes e adultos.

A perturbação pode durar por um período de pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes com menos de 18 anos e geralmente dura seis meses ou mais em adultos (Critério B). Entretanto, o critério de duração para adultos deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade. A perturbação pode causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas de funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Quando separadas das figuras importantes de apego, as crianças com transtorno de ansiedade de separação podem exibir retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade de concentração no trabalho ou nos brinquedos. Dependendo da idade, os indivíduos podem ter medo de animais, monstros, escuro, assaltantes, ladrões, sequestradores, acidentes de carro, viagens de avião e de outras situações que lhes dão a percepção de perigo à família ou a eles próprios. Alguns indivíduos ficam com saudades de casa e desconfortáveis até o ponto de sofrer quando estão longe de casa. O transtorno de ansiedade de separação em crianças pode levar à recusa de ir à escola, o que, por sua vez, pode ocasionar dificuldades acadêmicas e isolamento social. Quando extremamente perturbadas pela perspectiva de separação, as crianças podem demonstrar raiva ou, às vezes, agressão em relação a quem está forçando a separação. Quando sozinhas, em especial à noite ou no escuro, as crianças pequenas podem relatar experiências perceptuais incomuns (p. ex., ver pessoas espreitando no quarto, criaturas assustadoras tentando agarrá-las, sentir que estão sendo observadas). As crianças com esse transtorno podem ser descritas como exigentes, intrusivas e com necessidade de atenção constante e, quando adultas, podem parecer dependentes e superprotetoras. As demandas excessivas do indivíduo com frequência se tornam fonte de frustração para os membros da família, levando a ressentimento e conflito familiar.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno de ansiedade de separação entre adultos nos Estados Unidos é de 0,9 a 1,9%. Em crianças, a prevalência de 6 a 12 meses é estimada em aproximadamente 4%. Em adolescentes nos Estados Unidos, a prevalência de 12 meses é de 1,6%. O transtorno de ansiedade de separação decresce em prevalência desde a infância até a adolescência e idade adulta e é o transtorno de ansiedade mais prevalente em crianças com menos de 12 anos. Nas amostras clínicas de crianças, o transtorno é igualmente comum em ambos os sexos. Na comunidade, o transtorno é mais frequente em indivíduos do sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Períodos de exacerbação na ansiedade de separação de figuras de apego fazem parte da fase inicial do desenvolvimento normal e podem indicar o estabelecimento de relações de apego seguras (p. ex., em torno de 1 ano de idade, quando os bebês podem sofrer de ansiedade reativa a pessoas estranhas). O início do transtorno de ansiedade de separação pode ocorrer em idade pré-escolar e em qualquer momento durante a infância e mais raramente na adolescência. Em geral, existem períodos de exacerbação e remissão. Em alguns casos, tanto a ansiedade relativa a possível separação quanto a esquiva de situações envolvendo separação de casa ou do núcleo familiar (p. ex., ir para a universidade, mudar-se para longe das figuras de apego) podem persistir durante a idade adulta. Entretanto, a maioria das crianças com transtorno de ansiedade de separação fica livre

de transtornos de ansiedade que causam prejuízo ao longo das suas vidas. Muitos adultos com transtorno não se recordam de seu início na infância, embora possam lembrar-se de sintomas.

As manifestações do transtorno de ansiedade de separação variam com a idade. As crianças menores são mais relutantes em ir para a escola ou podem evitá-la totalmente. Podem não expressar preocupações ou medos específicos de ameaças definidas aos pais, à casa ou a si mesmas, e a ansiedade é manifestada somente quando a separação é vivenciada. À medida que as crianças crescem, emergem as preocupações; com frequência são preocupações acerca de perigos específicos (p. ex., acidentes, sequestro, assalto, morte) ou preocupações vagas acerca de não se reencontrarem com as figuras de apego. Em adultos, o transtorno de ansiedade de separação pode limitar a capacidade de enfrentar mudanças circunstanciais (p. ex., mudar-se de casa, casar-se). Os adultos com a perturbação são, em geral, excessivamente preocupados em relação aos seus filhos e cônjuges e vivenciam desconforto acentuado quando separados deles. Também podem experimentar perturbação significativa no trabalho ou em experiências sociais devido à necessidade de checar continuamente o paradeiro de uma pessoa significativa.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O transtorno de ansiedade de separação frequentemente se desenvolve após um estresse vital, sobretudo uma perda (p. ex., a morte de um parente ou animal de estimação; doença do indivíduo ou de um parente; mudança de escola; divórcio dos pais; mudança para outro bairro; imigração; um desastre que envolveu períodos de separação das figuras de apego). Em jovens adultos, outros exemplos de estresse vital incluem sair da casa dos pais, iniciar uma relação romântica e tornar-se pai. A superproteção e a intromissão parentais podem estar associadas ao transtorno de ansiedade de separação.

Genéticos e fisiológicos. O transtorno de ansiedade de separação em crianças pode ser herdado. A herdabilidade foi estimada em 73% em uma amostra da comunidade de gêmeos de 6 anos, com taxas mais altas entre as meninas. As crianças com o transtorno exibem sensibilidade particularmente aumentada à estimulação respiratória usando ar enriquecido com CO_2.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Existem variações culturais no grau em que é considerado desejável tolerar a separação, tanto que as demandas e oportunidades de separação entre pais e filhos são evitadas em algumas culturas. Por exemplo, existe ampla variação entre países e culturas no que diz respeito à idade em que é esperado que os filhos deixem a casa dos pais. É importante diferenciar o transtorno de ansiedade de separação do alto valor que algumas culturas depositam na forte interdependência entre os membros da família.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As meninas manifestam maior relutância ou comportamento de esquiva com relação à escola do que os meninos. A expressão indireta do medo de separação pode ser mais comum no sexo masculino do que no feminino, por exemplo, por meio de atividade independente limitada, relutância em sair de casa sozinho ou sofrimento quando o cônjuge ou filho faz coisas de forma independente ou quando o contato com um deles não é possível.

Risco de Suicídio

O transtorno de ansiedade de separação em crianças pode estar associado a risco aumentado de suicídio. Em uma amostra da comunidade, a presença de transtornos do humor, transtornos de ansiedade ou uso de substância foi associada a ideação suicida e tentativas de suicídio. No entanto, essa associação não é específica do transtorno de ansiedade de separação, sendo encontrada em diversos transtornos de ansiedade.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade de Separação

Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação com frequência limitam as atividades independentes longe de casa ou das figuras de apego (p. ex., em crianças, evitar a escola, não ir acampar, ter dificuldade para dormir sozinho; em adolescentes, não ir para a universidade, não sair da casa dos pais, não viajar, não trabalhar fora de casa).

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade generalizada. O transtorno de ansiedade de separação distingue-se do transtorno de ansiedade generalizada no sentido de que a ansiedade envolve predominantemente a separação das figuras de apego, e, se ocorrem outras preocupações, elas não predominam no quadro clínico.

Transtorno de pânico. Ameaças de separação podem levar a extrema ansiedade e mesmo a um ataque de pânico. No transtorno de ansiedade de separação, em contraste com o transtorno de pânico, a ansiedade envolve a possibilidade de se afastar das figuras de apego e a preocupação com eventos indesejados ocorrendo com elas, em vez de ficar incapacitado por um ataque de pânico inesperado.

Agorafobia. Diferentemente dos indivíduos com agorafobia, aqueles com transtorno de ansiedade de separação não são ansiosos quanto a ficarem presos ou incapacitados em situações em que a fuga é percebida como difícil no caso de sintomas similares a pânico ou outros sintomas incapacitantes.

Transtorno da conduta. A esquiva da escola (evasão) é comum no transtorno da conduta, mas a ansiedade pela separação não é responsável pelas ausências escolares, e a criança ou adolescente habitualmente fica longe de casa em vez de voltar para ela.

Transtorno de ansiedade social. A recusa de ir à escola pode ser devida a transtorno de ansiedade social (fobia social). Nesses casos, a esquiva da escola se deve ao medo de ser julgado negativamente pelos outros, e não a preocupações relativas a ser separado das figuras de apego.

Transtorno de estresse pós-traumático. O medo de separação das pessoas amadas é comum após eventos traumáticos como desastres, particularmente quando foram experimentados períodos de separação dessas pessoas durante o evento traumático. No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), os sintomas centrais são relativos a intrusões e esquiva de lembranças associadas ao evento traumático, enquanto no transtorno de ansiedade de separação as preocupações e a esquiva estão relacionadas ao bem-estar das figuras de apego e à separação delas.

Transtorno de ansiedade de doença. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de doença se preocupam com doenças específicas que podem ter, mas a preocupação principal é quanto ao diagnóstico médico, e não quanto a ser separado das figuras de apego.

Luto. Anseio intenso ou saudades da pessoa falecida, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com a pessoa falecida ou com as circunstâncias da morte são respostas esperadas no luto, enquanto o medo de separação de outras figuras de apego é central no transtorno de ansiedade de separação.

Transtornos depressivo e bipolar. Esses transtornos podem estar associados a relutância em sair de casa, mas a perturbação principal não é a preocupação ou o medo de eventos indesejados afetarem as figuras de apego, mas a baixa motivação para se envolver com o mundo externo. No entanto, os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação podem ficar deprimidos quando são separados ou quando é prevista uma separação.

Transtorno de oposição desafiante. Crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade de separação podem apresentar oposição no contexto em que são forçados a se separar das figuras de apego. O transtorno de oposição desafiante deve ser considerado apenas quando existe comportamento de oposição persistente não relacionado à previsão ou à ocorrência de separação de figuras de apego.

Transtornos psicóticos. Diferentemente das alucinações nos transtornos psicóticos, as experiências perceptuais incomuns que podem ocorrer no transtorno de ansiedade de separação estão em geral baseadas em uma percepção equivocada de um estímulo real, ocorrendo apenas em certas situações (p. ex., à noite), sendo revertidas pela presença de uma figura de apego.

Transtornos da personalidade. O transtorno da personalidade dependente é caracterizado por uma tendência indiscriminada a depender de outra pessoa, enquanto o transtorno de ansiedade de separação envolve preocupação quanto à proximidade e à segurança das principais figuras de apego. O transtorno da personalidade *borderline* é caracterizado pelo medo do abandono pelas pessoas amadas, mas os problemas na identidade, no autodirecionamento, no funcionamento interpessoal e na impulsividade são adicionalmente centrais a esse transtorno, enquanto não são centrais para o transtorno de ansiedade de separação.

Comorbidade

Em crianças, o transtorno de ansiedade de separação é altamente comórbido a transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica. Em adultos, as comorbidades comuns incluem fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos da personalidade. Os transtornos depressivo e bipolar também são comórbidos ao transtorno de ansiedade de separação em adultos.

Mutismo Seletivo

Critérios Diagnósticos **313.23 (F94.0)**

A. Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações.

B. A perturbação interfere na realização educacional ou profissional ou na comunicação social.

C. A duração mínima da perturbação é um mês (não limitada ao primeiro mês de escola).

D. O fracasso para falar não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social.

E. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (p. ex., transtorno da fluência com início na infância) nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico.

Características Diagnósticas

Ao se encontrarem com outros indivíduos em interações sociais, as crianças com mutismo seletivo não iniciam a conversa ou respondem reciprocamente quando os outros falam com elas. O fracasso na fala ocorre em interações sociais com crianças ou adultos. As crianças com mutismo seletivo falarão na sua casa na presença de membros da família imediata, mas com frequência não o farão nem mesmo diante de amigos próximos ou parentes de segundo grau, como avós ou primos. A perturbação é com frequência marcada por intensa ansiedade social. As crianças com mutismo seletivo comumente se recusam a falar na escola, o que leva a prejuízos acadêmicos ou educacionais, uma vez que os professores têm dificuldade para avaliar habilidades como a leitura. O fracasso na fala pode interferir na comunicação social, embora as crianças com esse transtorno ocasionalmente usem meios não verbais (p. ex., grunhindo, apontando, escrevendo) para se comunicar e podem desejar ou ansiar pela participação em encontros em que a fala não é exigida (p. ex., papéis não verbais em peças teatrais na escola).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

As características associadas ao mutismo seletivo podem incluir timidez excessiva, medo de constrangimento, isolamento e retraimento sociais, apego, traços compulsivos, negativismo, ataques de

birra ou comportamento opositor leve. Embora as crianças com esse transtorno em geral tenham habilidades de linguagem normais, às vezes pode haver um transtorno da comunicação associado, embora nenhuma associação particular com um transtorno da comunicação específico tenha sido identificada. Mesmo quando esses transtornos estão presentes, também está presente a ansiedade. Em contextos clínicos, as crianças com mutismo seletivo quase sempre recebem um diagnóstico adicional de outro transtorno de ansiedade – mais comumente transtorno de ansiedade social (fobia social).

Prevalência

O mutismo seletivo é um transtorno relativamente raro e não foi incluído como categoria diagnóstica em estudos epidemiológicos de prevalência dos transtornos na infância. Prevalências pontuais usando várias amostras em clínicas ou escolas variam entre 0,03 e 1%, dependendo do contexto (p. ex., clínica vs. escola vs. população em geral) e da idade dos indivíduos na amostra. A prevalência do transtorno não parece variar por sexo ou raça/etnia. Manifesta-se com maior frequência em crianças menores do que em adolescentes e adultos.

Desenvolvimento e Curso

O início do mutismo seletivo é habitualmente antes dos 5 anos de idade, mas a perturbação pode não receber atenção clínica até a entrada na escola, quando existe aumento na interação social e na realização de tarefas, como a leitura em voz alta. A persistência do transtorno é variável. Embora relatos clínicos sugiram que muitos indivíduos "superam" o mutismo seletivo, seu curso é desconhecido. Em alguns casos, particularmente em indivíduos com transtorno de ansiedade social, o mutismo seletivo pode desaparecer, mas os sintomas do transtorno de ansiedade social permanecem.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco temperamentais para o mutismo seletivo não estão bem identificados. Afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar algum papel, assim como história parental de timidez, isolamento e ansiedade social. As crianças com mutismo seletivo podem ter dificuldades sutis de linguagem receptiva comparadas com seus pares, embora ainda esteja dentro da variação normal.

Ambientais. A inibição social por parte dos pais pode servir como modelo para a reticência social e o mutismo seletivo em crianças. Além do mais, os pais de crianças com mutismo seletivo foram descritos como superprotetores ou mais controladores do que os pais de crianças com outros transtornos de ansiedade ou nenhum transtorno.

Genéticos e fisiológicos. Devido à sobreposição significativa entre mutismo seletivo e transtorno de ansiedade social, pode haver fatores genéticos compartilhados por ambos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As crianças de famílias que imigraram para um país onde é falada uma língua diferente podem se recusar a falar a nova língua devido ao desconhecimento desta. Se a compreensão da nova língua for adequada, mas persistir a recusa em falar, um diagnóstico de mutismo seletivo pode ser justificado.

Consequências Funcionais do Mutismo Seletivo

O mutismo seletivo pode resultar em prejuízo social, uma vez que as crianças podem ficar excessivamente ansiosas para se engajar em interações sociais com outras. À medida que as crianças com mutismo seletivo crescem, podem enfrentar um isolamento social cada vez maior. Em contextos escolares, essas crianças podem sofrer prejuízo acadêmico porque com frequência não se comunicam com os professores no que se refere às suas necessidades acadêmicas ou pessoais (p. ex., não compreendendo uma tarefa de classe, não pedindo para ir ao banheiro). Prejuízo

grave no funcionamento escolar e social, incluindo o resultante de ser importunado pelos pares, é comum. Em certos casos, o mutismo seletivo pode servir como estratégia compensatória para reduzir o aumento da ansiedade em encontros sociais.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos da comunicação. O mutismo seletivo deve ser diferenciado das perturbações da fala que são mais bem explicadas por um transtorno da comunicação, como transtorno da linguagem, transtorno dos sons da fala (anteriormente transtorno fonológico), transtorno na fluência da fala com início na infância (gagueira) ou transtorno da comunicação pragmática (social). Diferentemente do mutismo seletivo, a perturbação da fala nessas condições não está restrita a uma situação social específica.

Transtornos do neurodesenvolvimento e esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Os indivíduos com um transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico ou retardo mental grave podem ter problemas na comunicação social e não conseguir falar apropriadamente em situações sociais. Em contraste, o mutismo seletivo deve ser diagnosticado apenas quando uma criança tem a capacidade de falar bem estabelecida em algumas situações sociais (p. ex., geralmente em casa).

Transtorno de ansiedade social (fobia social). A ansiedade social e a esquiva no transtorno de ansiedade social podem estar associadas ao mutismo seletivo. Nesses casos, os dois diagnósticos devem ser estabelecidos.

Comorbidade

As condições comórbidas mais comuns são outros transtornos de ansiedade, mais frequentemente o transtorno de ansiedade social, seguido pelo transtorno de ansiedade de separação e por fobia específica. A ocorrência de comportamentos de oposição foi observada em crianças com mutismo seletivo, embora o comportamento de oposição possa estar limitado a situações que requerem a fala. Retardos ou transtornos da comunicação também podem aparecer em algumas crianças com mutismo seletivo.

Fobia Específica

Critérios Diagnósticos

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).

   Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.

B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade.
C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento.
D. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.
E. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.
F. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno

de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social).

Especificar se:

Código baseado no estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ex., aranhas, insetos, cães).

300.29 (F40.228) Ambiente natural (p. ex., alturas, tempestades, água).

300.29 (F40.23x) Sangue-injeção-ferimentos (p. ex., agulhas, procedimentos médicos invasivos).

Nota para codificação: Escolher o código específico da CID-10-MC como segue: **F40.230** medo de sangue; **F40.231** medo de injeções e transfusões; **F40.232** medo de outros cuidados médicos; ou **F40.233** medo de ferimentos.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ex., aviões, elevadores, locais fechados).

300.29 (F40.298) Outro (p. ex., situações que podem levar a asfixia ou vômitos; em crianças, p. ex., sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia).

Nota para codificação: Quando está presente mais de um estímulo fóbico, codificar todos os códigos da CID-10-MC que se aplicam (p. ex., para medo de cobras e de voar, F40.218 fobia específica, animal e F40.248 fobia específica, situacional).

Especificadores

É comum que os indivíduos tenham múltiplas fobias específicas. O indivíduo com fobia específica em geral teme três objetos ou situações, e aproximadamente 75% daqueles com fobia específica temem mais de uma situação ou objeto. Nesses casos, seria necessário dar os diagnósticos de fobia específica múltipla, cada uma com seu código diagnóstico refletindo o estímulo fóbico. Por exemplo, se um indivíduo teme tempestades e voar, então seriam dados dois diagnósticos: fobia específica, ambiente natural e fobia específica, situacional.

Características Diagnósticas

Uma característica essencial desse transtorno é que o medo ou ansiedade está circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular (Critério A), que pode ser denominado *estímulo fóbico.* As categorias das situações ou objetos temidos são apresentadas como especificadores. Muitos indivíduos temem objetos ou situações de mais de uma categoria, ou estímulo fóbico. Para o diagnóstico de fobia específica, a resposta deve ser diferente dos medos normais transitórios que comumente ocorrem na população. Para satisfazer os critérios para um diagnóstico, o medo ou ansiedade deve ser intenso ou grave (i.e., "acentuado") (Critério A). O grau do medo experimentado pode variar com a proximidade do objeto ou situação temida e pode ocorrer com a antecipação da presença ou na presença real do objeto ou situação. Além disso, o medo ou ansiedade pode assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou limitados (i.e., ataque de pânico esperado). Outra característica das fobias específicas é que o medo ou ansiedade é evocado quase todas as vezes que o indivíduo entra em contato com o estímulo fóbico (Critério B). Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente ao ser confrontado com a situação ou objeto (p. ex., fica ansioso apenas em um de cada cinco voos que faz) não seria diagnosticado com fobia específica. Entretanto, o grau de medo ou ansiedade expresso pode variar (desde a ansiedade antecipatória até um ataque de pânico completo) nas diferentes ocasiões de encontro com o objeto ou situação fóbica devido a vários fatores contextuais, como a presença de outra pessoa, a duração da exposição, e a outros elementos ameaçadores, como turbulência em um voo para indivíduos que têm medo de voar. O medo e a ansiedade são com frequência expressos de formas diferentes entre crianças e adultos. Além disso, o medo ou ansiedade ocorre tão logo o objeto ou situação fóbica é encontrado (i.e., imediatamente, em vez de ser retardado).

O indivíduo evita ativamente a situação, ou, se não consegue ou decide não evitá-la, a situação ou objeto evoca temor ou ansiedade intensos (Critério C). *Esquiva ativa* significa que o indivíduo intencionalmente se comporta de formas destinadas a prevenir ou minimizar o contato com objetos ou situações fóbicas (p. ex., pega túneis em vez de pontes em sua ida diária para

o trabalho devido ao medo de alturas; evita entrar em um quarto escuro pelo medo de aranhas; evita aceitar um trabalho em um local em que um estímulo fóbico é mais comum). Os comportamentos de esquiva são com frequência óbvios (p. ex., um indivíduo que tem medo de sangue recusando-se a ir ao médico), mas às vezes são menos óbvios (p. ex., um indivíduo que tem medo de cobras recusando-se a olhar para figuras que se assemelham ao contorno ou à forma de cobras). Muitas pessoas com fobias específicas sofreram durante muitos anos e alteraram suas circunstâncias de vida com o objetivo de evitar o objeto ou situação fóbica o máximo possível (p. ex., uma pessoa diagnosticada com fobia específica, animal, que se muda a fim de residir em uma área desprovida do animal temido em particular). Consequentemente, elas não mais experimentam medo ou ansiedade em sua vida diária. Em tais circunstâncias, os comportamentos de esquiva ou a recusa persistente de se engajar em atividades que envolveriam exposição ao objeto ou situação fóbica (p. ex., recusa repetida em aceitar ofertas para viagens a trabalho devido ao medo de voar) podem ser úteis para a confirmação do diagnóstico na ausência de ansiedade ou pânico explícito.

O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo objeto ou situação ou mais intenso do que é considerado necessário (Critério D). Embora os indivíduos com fobia específica com frequência reconheçam que suas reações são desproporcionais, tendem a superestimar o perigo nas situações temidas, e assim o julgamento do caráter desproporcional é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo também deve ser levado em conta. Por exemplo, o medo do escuro pode ser razoável em um contexto de violência constante, e o medo de insetos pode ser mais desproporcional em contextos onde insetos são consumidos na dieta. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses (Critério E), o que ajuda a distinguir o transtorno de medos transitórios que são comuns na população, em particular entre crianças. No entanto, o critério de duração deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade. A fobia específica deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo para que o transtorno seja diagnosticado (Critério F).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os indivíduos com fobia específica geralmente experimentam aumento na excitabilidade autonômica pela antecipação ou durante a exposição a um objeto ou situação fóbica. Entretanto, a resposta fisiológica à situação ou ao objeto temidos varia. Enquanto os indivíduos com fobias específicas situacionais, de ambiente natural e de animais têm probabilidade de apresentar excitabilidade aumentada do sistema nervoso simpático, aqueles com fobia específica a sangue-injeção-ferimentos frequentemente demonstram uma resposta de desmaio ou quase desmaio vasovagal que é marcada por breve aceleração inicial do ritmo cardíaco e elevação da pressão arterial seguida por desaceleração do ritmo cardíaco e queda na pressão arterial. Os modelos atuais dos sistemas neurais para fobia específica enfatizam a amígdala e estruturas relacionadas, assim como em outros transtornos de ansiedade.

Prevalência

Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência de 12 meses na comunidade para fobia específica é de 7 a 9%. As taxas de prevalência nos países europeus são, em grande parte, similares às dos Estados Unidos (p. ex., cerca de 6%), mas mais baixas nos países asiáticos, africanos e latino-americanos (2 a 4%). São de aproximadamente 5% em crianças e de 16% em jovens de 13 a 17 anos. São mais baixas em indivíduos mais velhos (de 3 a 5%), possivelmente refletindo diminuição da gravidade para níveis subclínicos. Indivíduos do sexo feminino costumam ser mais afetados do que os do masculino, em uma razão de cerca de 2:1, embora as taxas variem entre os diferentes estímulos fóbicos. Ou seja, as fobias específicas de animais, ambiente natural e situacionais são predominantemente experimentadas por indivíduos do sexo feminino, enquanto a fobia por sangue-injeção-ferimentos é experimentada quase de forma igual por ambos os gêneros.

Desenvolvimento e Curso

Ocasionalmente, a fobia específica se desenvolve após um evento traumático (p. ex., ser atacado por um animal ou ficar preso no elevador), por observação de outras pessoas que passam por um evento traumático (p. ex., ver alguém se afogar), por um ataque de pânico inesperado na situação a ser temida (p. ex., um ataque de pânico inesperado no metrô) ou por transmissão de informações (p. ex., ampla cobertura da mídia de um acidente aéreo). Entretanto, muitas pessoas com fobia específica não conseguem se lembrar da razão para o início de suas fobias. A fobia específica geralmente se desenvolve no início da infância, com a maioria dos casos se estabelecendo antes dos 10 anos de idade. A idade média de início situa-se entre 7 e 11 anos, com a média aproximadamente aos 10 anos. As fobias específicas situacionais tendem a ter uma idade mais tardia de início em comparação às fobias específicas de ambiente natural, animais ou sangue-injeção-ferimentos. As fobias específicas que se desenvolvem na infância e na adolescência têm probabilidade de apresentar recidivas e remissões durante esse período. No entanto, aquelas que persistem até a idade adulta provavelmente não terão remissão na maioria dos indivíduos.

Quando a fobia específica está sendo diagnosticada em crianças, duas questões devem ser consideradas. Primeiro, as crianças pequenas podem expressar medo e ansiedade chorando, com ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se. Segundo, elas geralmente não são capazes de compreender o conceito de esquiva. Portanto, o clínico deve reunir informações adicionais com os pais, professores ou outras pessoas que conheçam bem a criança. Os medos excessivos são bastante comuns em crianças pequenas, mas costumam ser transitórios e apenas levemente prejudiciais e, assim, são considerados apropriados ao estágio de desenvolvimento. Nesses casos, um diagnóstico de fobia específica não deve ser feito. Quando o diagnóstico de fobia específica está sendo considerado em uma criança, é importante avaliar o grau de prejuízo e a duração do medo, ansiedade ou esquiva e se ele é típico para o estágio do desenvolvimento particular da criança.

Embora a prevalência de fobia específica seja mais baixa nas populações mais velhas, ela permanece como um dos transtornos mais comumente experimentados no fim da vida. Várias questões devem ser consideradas ao diagnosticar fobia específica em populações mais velhas. Primeiro, os indivíduos mais velhos podem ter mais probabilidade de aceitar fobias específicas do ambiente natural, assim como fobias de queda. Segundo, a fobia específica (como todos os transtornos de ansiedade) tende a ocorrer em comorbidade com condições médicas em indivíduos mais velhos, incluindo doença coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica. Terceiro, os indivíduos mais velhos podem ter mais probabilidade de atribuir os sintomas de ansiedade às condições médicas. Quarto, essas pessoas podem ter mais probabilidade de manifestar ansiedade de uma maneira atípica (p. ex., envolvendo sintomas de ansiedade e depressão) e, assim, têm mais chance de justificar um diagnóstico de transtorno de ansiedade não especificado. Além disso, a presença de fobia específica em pessoas mais velhas está associada a redução na qualidade de vida e pode servir como fator de risco para transtornos demenciais.

Embora outras fobias mais específicas se desenvolvam na infância e na adolescência, é possível que elas se estabeleçam em qualquer idade, frequentemente como consequência de experiências traumáticas. Por exemplo, fobia a asfixia quase sempre aparece após um evento de quase asfixia em qualquer idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco temperamentais para fobia específica, como afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental, também são fatores de risco para outros transtornos de ansiedade.

Ambientais. Os fatores de risco ambientais para fobias específicas, como superproteção, perda e separação parentais e abuso físico e sexual, também tendem a predizer outros transtornos de ansiedade. Conforme observado anteriormente, encontros negativos ou traumáticos com o objeto ou situação temidos ocasionalmente (mas nem sempre) precedem o desenvolvimento de fobia específica.

Genéticos e fisiológicos. Pode haver suscetibilidade genética para certa categoria de fobia específica (p. ex., um indivíduo com um parente de primeiro grau com uma fobia específica de animais tem probabilidade significativamente maior de ter a mesma fobia específica do que qualquer outra categoria de fobia). Indivíduos com fobia de sangue-injeção-ferimentos apresentam propensão peculiar a síncope vasovagal (desmaio) na presença de estímulos fóbicos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Nos Estados Unidos, asiáticos e latinos relatam taxas significativamente mais baixas de fobia específica do que brancos não latinos, afro-americanos e nativos americanos. Além de terem taxas mais baixas de prevalência de fobia específica, alguns países fora dos Estados Unidos, em particular asiáticos e africanos, apresentam diferentes conteúdos de fobia, idade de início e razão entre os gêneros.

Risco de Suicídio

Os indivíduos com fobia específica têm até 60% mais probabilidade de fazer uma tentativa de suicídio do que indivíduos sem o diagnóstico. Entretanto, é provável que essas taxas elevadas se devam principalmente à comorbidade com transtornos da personalidade e outros transtornos de ansiedade.

Consequências Funcionais da Fobia Específica

Os indivíduos com fobia específica apresentam padrões semelhantes de prejuízo no funcionamento psicossocial e de redução na qualidade de vida aos de indivíduos com outros transtornos de ansiedade e transtornos por uso de álcool e substâncias, incluindo prejuízos no funcionamento profissional e interpessoal. Em adultos mais velhos, o prejuízo pode ser visto nas funções de cuidador e nas atividades voluntárias. Além disso, o medo de cair, em adultos mais velhos, pode levar a mobilidade reduzida e funcionamento físico e social reduzido. O sofrimento e o prejuízo causados por fobias específicas tendem a aumentar com o número de objetos e situações temidos. Assim, um indivíduo que teme quatro objetos ou situações provavelmente tem mais prejuízo nos seus papéis profissionais e sociais e qualidade de vida pior do que um que teme apenas um objeto ou situação. Indivíduos com fobia específica de sangue-injeção-ferimentos são com frequência relutantes em obter cuidados médicos, mesmo quando uma condição médica está presente. Além disso, o medo de vomitar e de se asfixiar pode reduzir substancialmente o consumo alimentar.

Diagnóstico Diferencial

Agorafobia. A fobia específica situacional pode se parecer com a agorafobia na sua apresentação clínica, dada a sobreposição nas situações temidas (p. ex., voar, locais fechados, elevadores). Se um indivíduo teme apenas uma das situações da agorafobia, então fobia específica, situacional, pode ser diagnosticada. Se duas ou mais situações agorafóbicas são temidas, um diagnóstico de agorafobia é provavelmente justificado. Por exemplo, um indivíduo que tem medo de aviões e elevadores (que se sobrepõe à situação agorafóbica do "transporte público"), mas não tem medo de outras situações agorafóbicas, seria diagnosticado com fobia específica, situacional, enquanto um indivíduo que tem medo de aviões, elevadores e multidões (que se sobrepõe a duas situações agorafóbicas, "uso de transporte público" e "ficar em uma fila e estar em uma multidão") seria diagnosticado com agorafobia. O Critério B da agorafobia (as situações são temidas ou evitadas "devido a pensamentos de que escapar poderia ser difícil ou de que o auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolvimento de sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores") também pode ser útil na diferenciação entre agorafobia e fobia específica. Se as situações são temidas por outras razões, como o medo de ser ferido diretamente pelo objeto ou situação (p. ex., medo de o avião cair, medo da mordida do animal), um diagnóstico de fobia específica pode ser mais apropriado.

Transtorno de ansiedade social. Se as situações são temidas devido a possível avaliação negativa, deve ser diagnosticado transtorno de ansiedade social em vez de fobia específica.

Transtorno de ansiedade de separação. Se as situações são temidas devido à separação de um cuidador primário ou figura de apego, deve ser diagnosticado transtorno de ansiedade de separação em vez de fobia específica.

Transtorno de pânico. Os indivíduos com fobia específica podem experimentar ataques de pânico quando confrontados com a situação ou objeto temido. Deve ser dado um diagnóstico de fobia específica se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta ao objeto ou situação específica, e um diagnóstico de transtorno de pânico se o indivíduo também experimentou ataques de pânico inesperados (i.e., não em resposta ao objeto ou situação da fobia específica).

Transtorno obsessivo-compulsivo. Se o medo ou ansiedade primária de um indivíduo é de um objeto ou situação como resultado de obsessões (p. ex., medo de sangue devido a pensamentos obsessivos acerca de contaminação por agentes patogênicos transmitidos pelo sangue [p. ex., HIV]; medo de dirigir devido a imagens obsessivas de causar ferimentos a outras pessoas) e se outros critérios diagnósticos para transtorno obsessivo-compulsivo são satisfeitos, então este último transtorno deve ser diagnosticado.

Transtornos relacionados a trauma e estressores. Se a fobia se desenvolve após um evento traumático, deve ser considerado TEPT como diagnóstico. Entretanto, eventos traumáticos podem preceder o início de TEPT e a fobia específica. Nesse caso, um diagnóstico de fobia específica é dado somente se não são satisfeitos todos os critérios para TEPT.

Transtornos alimentares. Um diagnóstico de fobia específica não é dado se o comportamento de esquiva está limitado exclusivamente à esquiva de alimentos e estímulos relacionados a alimentos, em cujo caso um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia deveria ser considerado.

Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Quando o medo e a esquiva são devidos a pensamento delirante (como na esquizofrenia ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), um diagnóstico de fobia específica não é justificado.

Comorbidade

A fobia específica é raramente vista em contextos clínicos na ausência de outra patologia e costuma ser mais observada em contextos de saúde mental não médicos. Está com frequência associada a uma variedade de outros transtornos, especialmente depressão em adultos mais velhos. Devido a seu início precoce, a fobia específica costuma ser o transtorno que primeiro se desenvolve. Os indivíduos com a doença estão em risco aumentado de desenvolvimento de outros transtornos, incluindo os demais transtornos de ansiedade, os transtornos depressivo e bipolar, os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionados e os transtornos da personalidade (particularmente transtorno da personalidade dependente).

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)

Critérios Diagnósticos **300.23 (F40.10)**

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).
Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.
I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

Especificar se:
Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.

Especificadores

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho têm preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional (p. ex., músicos, dançarinos, artistas, atletas) ou em papéis que requerem falar em público. Os medos de desempenho também podem se manifestar em contextos de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações públicas regulares. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social somente desempenho não temem ou evitam situações sociais que não envolvam o desempenho.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade social é um medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. Em crianças, o medo ou ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares, e não apenas durante interações com adultos (Critério A). Quando exposto a essas situações sociais, o indivíduo tem medo de ser avaliado negativamente. Ele tem a preocupação de que será julgado como ansioso, débil, maluco, estúpido, enfadonho, amedrontado, sujo ou desagradável. O indivíduo teme agir ou aparecer de certa forma ou demonstrar sintomas de ansiedade, tais como ruborizar, tremer, transpirar, tropeçar nas palavras, que serão avaliados negativamente pelos demais (Critério B). Alguns têm medo de ofender os outros ou de ser rejeitados como consequência. O medo de ofender os outros – por exemplo, por meio de um olhar ou demonstrando sintomas de ansiedade – pode ser o medo predominante em pessoas de culturas com forte orientação coletivista. Um indivíduo com medo de tremer as mãos pode evitar beber, comer, escrever ou apontar em público; um com medo de transpirar pode evitar apertar mãos ou comer alimentos picantes; e um com medo de ruborizar pode evitar desempenho em público, luzes brilhantes ou discussão sobre tópicos íntimos. Alguns têm medo e evitam urinar em banheiros públicos quando outras pessoas estão presentes (i.e., parurese, ou "síndrome da bexiga tímida").

As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (Critério C). Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente em situação(ões) social(is) não seria diagnosticado com transtorno de ansiedade social. Entretanto, o grau e o tipo de medo e ansiedade podem variar (p. ex., ansiedade antecipatória, ataque de pânico) em diferentes ocasiões. A ansiedade antecipatória

pode ocorrer às vezes muito antes das próximas situações (p. ex., preocupar-se todos os dias durante semanas antes de participar de um evento social, repetir antecipadamente um discurso por dias). Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilização, comportamento de agarrar-se ou encolher-se em situações sociais. Os indivíduos com frequência evitarão as situações sociais temidas ou então as suportarão com intenso medo ou ansiedade (Critério D). A esquiva pode ser abrangente (p. ex., não ir a festas, recusar a escola) ou sutil (p. ex., preparando excessivamente o texto de um discurso, desviando a atenção para os outros, limitando o contato visual).

O medo ou ansiedade é julgado desproporcional ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências dessa avaliação negativa (Critério E). Às vezes, a ansiedade pode não ser julgada excessiva porque está relacionada a um perigo real (p. ex., ser alvo de *bullying* ou atormentado pelos outros). No entanto, os indivíduos com transtorno de ansiedade social com frequência superestimam as consequências negativas das situações sociais, e, assim, o julgamento quanto a ser desproporcional é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo precisa ser levado em conta quando está sendo feito esse julgamento. Por exemplo, em certas culturas, o comportamento que de outra forma parece socialmente ansioso pode ser considerado apropriado em situações sociais (p. ex., pode ser visto como um sinal de respeito).

A duração do transtorno é geralmente de pelo menos seis meses (Critério F). Esse limiar de duração ajuda a diferenciar o transtorno dos medos sociais transitórios comuns, particularmente entre crianças e na comunidade. Contudo, o critério de duração deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade. O medo, a ansiedade e a esquiva devem interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, no funcionamento profissional ou acadêmico ou em atividades sociais ou relacionamentos ou deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida (Critério G). Por exemplo, alguém que tem medo de falar em público não receberia um diagnóstico de transtorno de ansiedade social se essa atividade não é rotineiramente encontrada no trabalho ou nas tarefas de classe e se o indivíduo não tem um sofrimento significativo a respeito disso. Entretanto, se evita ou ignora o trabalho ou educação que realmente deseja ter devido aos sintomas de ansiedade social, o Critério G é satisfeito.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ser inadequadamente assertivos ou muito submissos ou, com menos frequência, muito controladores da conversa. Podem mostrar uma postura corporal excessivamente rígida ou contato visual inadequado ou falar com voz extremamente suave. Podem ser tímidos ou retraídos e ser menos abertos em conversas e revelar pouco a seu respeito. Podem procurar emprego em atividades que não exigem contato social, embora esse não seja o caso para indivíduos com transtorno de ansiedade social somente desempenho. Podem sair da casa dos pais mais tarde. Os homens podem retardar o casamento e a paternidade, enquanto as mulheres que gostariam de trabalhar fora de casa podem viver uma vida inteira como donas de casa. A automedicação com substâncias é comum (p. ex., beber antes de ir a uma festa). A ansiedade social entre adultos mais velhos também pode incluir a exacerbação de sintomas de doenças médicas, como tremor aumentado ou taquicardia. O rubor é a resposta física característica do transtorno de ansiedade social.

Prevalência

A estimativa de prevalência de 12 meses do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é de 7%. As estimativas de prevalência de menos de 12 meses são vistas em muitas partes do mundo utilizando-se o mesmo instrumento diagnóstico, agregando em torno de 0,5 a 2,0%; a prevalência média na Europa é de 2,3%. As taxas de prevalência de 12 meses em crianças e adolescentes são comparáveis às dos adultos e decrescem com a idade. A prevalência de 12 meses para adultos mais velhos varia de 2 a 5%. Em geral, são encontradas taxas mais altas de transtorno de ansiedade social em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino na população em geral (com razão de

chances [RC] variando de 1,5 a 2,2), e a diferença de gênero na prevalência é mais pronunciada em adolescentes e jovens adultos. As taxas de gênero são equivalentes ou um pouco mais altas para indivíduos do sexp masculino nas amostras clínicas, e presume-se que os papéis de gênero e as expectativas sociais desempenham um papel significativo na explicação do maior comportamento de busca de ajuda nesses pacientes. A prevalência nos Estados Unidos é mais alta nos índios americanos e mais baixa em pessoas de descendência asiática, latina, afro-americana e afro-caribenha em comparação com brancos não hispânicos.

Curso e Desenvolvimento

A idade média de início do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é 13 anos, e 75% dos indivíduos têm idade de início entre 8 e 15 anos. O transtorno ocasionalmente emerge de história infantil de inibição social ou timidez nos estudos norte-americanos e europeus. O início também pode ocorrer no princípio da infância. Pode se seguir a uma experiência estressante ou humilhante (p. ex., ser alvo de *bullying*, vomitar durante uma palestra pública) ou pode ser insidioso, desenvolvendo-se lentamente. O início na idade adulta é relativamente raro e é mais provável de ocorrer após um evento estressante ou humilhante ou após mudanças na vida que exigem novos papéis sociais (p. ex., casar-se com alguém de uma classe social diferente, receber uma promoção no trabalho). O transtorno de ansiedade social pode diminuir depois que um indivíduo com medo de encontros se casa e pode ressurgir após o divórcio. Entre as pessoas que buscam atendimento clínico, o transtorno tende a ser particularmente persistente.

Os adolescentes apresentam um padrão mais amplo de medo e esquiva, incluindo os encontros, comparados com crianças menores. Os adultos mais velhos expressam ansiedade social em níveis mais baixos, mas dentro de uma variedade mais ampla de situações, enquanto os adultos mais jovens expressam níveis mais altos de ansiedade social para situações específicas. Em adultos mais velhos, a ansiedade social pode referir-se a incapacidade devido ao declínio do funcionamento sensorial (audição, visão), vergonha em relação à própria aparência (p. ex., tremor como um sintoma da doença de Parkinson) ou funcionamento devido a condições médicas, incontinência ou prejuízo cognitivo (p. ex., esquecer os nomes das pessoas). Na comunidade, aproximadamente 30% dos indivíduos com transtorno de ansiedade social experimentam remissão dos sintomas no espaço de um ano, e em torno de 50% experimentam remissão em poucos anos. Para cerca de 60% dos indivíduos sem um tratamento específico para transtorno de ansiedade social, o curso é de vários anos ou mais.

A detecção do transtorno de ansiedade social em adultos mais velhos pode ser desafiadora devido a diversos fatores, incluindo foco nos sintomas somáticos, doença médica comórbida, *insight* limitado, mudanças no ambiente ou nos papéis sociais, os quais podem obscurecer o prejuízo no funcionamento social ou psíquico.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os traços subjacentes que predispõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social incluem inibição comportamental e medo de avaliação negativa.

Ambientais. Não existe um papel causal dos maus-tratos na infância ou outra adversidade psicossocial com início precoce no desenvolvimento do transtorno de ansiedade social. Contudo, maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para o transtorno.

Genéticos e fisiológicos. Os traços que predispõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social, como inibição comportamental, são fortemente influenciados pela genética. Essa influência está sujeita à interação gene-ambiente; ou seja, crianças com alta inibição comportamental são mais suscetíveis às influências ambientais, tais como um modelo socialmente ansioso por parte dos pais. Além disso, o transtorno de ansiedade social pode ser herdado (embora a ansiedade do tipo somente desempenho seja menos). Parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de ter o transtorno, e a propensão a ele envolve a interação de fatores específicos (p. ex., medo de avaliação negativa) e fatores genéticos não específicos (p. ex., neuroticismo).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A síndrome de *taijin kyofusho* (p. ex., no Japão e na Coreia) é com frequência caracterizada por preocupações de avaliação social, satisfazendo os critérios para transtorno de ansiedade social, associadas ao medo de que o indivíduo deixe *outras* pessoas desconfortáveis (p. ex., "O meu olhar incomoda as pessoas, então elas olham para outro lado para me evitar"), um medo que é por vezes experimentado com intensidade delirante. Esse sintoma também pode ser encontrado em contextos não asiáticos. Outras apresentações de *taijin kyofusho* podem satisfazer os critérios para transtorno dismórfico corporal ou transtorno delirante. O *status* de imigrante está associado a taxas significativamente mais baixas de transtorno de ansiedade social em grupos brancos latinos e não latinos. As taxas de prevalência do transtorno podem não estar de acordo com os níveis autorrelatados de ansiedade social na mesma cultura – ou seja, as sociedades com forte orientação coletivista podem relatar níveis altos de ansiedade social, mas baixa prevalência de transtorno de ansiedade social.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino com transtorno de ansiedade social relatam um número maior de medos e transtornos depressivo, bipolar e de ansiedade comórbidos, enquanto os do masculino têm mais probabilidade de ter medo de encontros, ter transtorno de oposição desafiante ou transtorno da conduta e usar álcool e drogas ilícitas para aliviar os sintomas do transtorno. A parurese é mais comum no sexo masculino.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade Social

O transtorno de ansiedade social está associado a taxas elevadas de evasão escolar e prejuízos no bem-estar, no emprego, na produtividade no ambiente de trabalho, no *status* socioeconômico e na qualidade de vida. O transtorno também está associado a ser solteiro, não casado ou divorciado e sem filhos, particularmente entre os homens. Em adultos mais velhos, pode haver prejuízo nas funções de cuidador e em atividades voluntárias. O transtorno também impede atividades de lazer. Apesar da extensão do sofrimento e do prejuízo social associados ao transtorno, apenas cerca da metade dos indivíduos com a doença nas sociedades ocidentais acaba buscando tratamento, e eles tendem a fazer isso somente depois de 15 a 20 anos com sintomas. Não estar empregado é um forte preditor para a persistência de transtorno de ansiedade social.

Diagnóstico Diferencial

Timidez normal. A timidez (i.e., reticência social) é um traço de personalidade comum e não é por si só patológica. Em algumas sociedades, a timidez é até avaliada positivamente. Entretanto, quando existe um impacto adverso significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado, e, quando são satisfeitos todos os critérios para transtorno de ansiedade social, o transtorno deve ser diagnosticado. Somente uma minoria (12%) dos indivíduos tímidos autoidentificados nos Estados Unidos tem sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social.

Agorafobia. Os indivíduos com agorafobia podem ter medo ou evitar situações sociais (p. ex., ir ao cinema) porque escapar pode ser difícil ou o auxílio pode não estar disponível no caso de incapacitação ou sintomas do tipo pânico, enquanto os indivíduos com transtorno de ansiedade social têm mais medo da avaliação dos outros. Além disso, aqueles com transtorno de ansiedade social ficam normalmente calmos quando deixados inteiramente sozinhos, o que com frequência não é o caso na agorafobia.

Transtorno de pânico. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ter ataques de pânico, mas a preocupação está relacionada ao medo de avaliação negativa, enquanto no transtorno de pânico a preocupação se relaciona aos próprios ataques de pânico.

Transtorno de ansiedade generalizada. Preocupações sociais são comuns no transtorno de ansiedade generalizada, mas o foco é mais na natureza das relações existentes do que no medo de avaliação negativa. Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada, particularmente crianças, podem ter preocupações excessivas acerca da qualidade do seu desempenho social, mas essas preocupações também são pertinentes ao desempenho não social e a quando o indivíduo não está sendo avaliado pelos outros. No transtorno de ansiedade social, as preocupações focam no desempenho social e na avaliação dos demais.

Transtorno de ansiedade de separação. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação podem evitar contextos sociais (incluindo recusa à escola) devido às preocupações de serem separados das figuras de apego ou, em crianças, por demandarem a presença de um dos pais quando essa exigência não é apropriada ao seu estágio de desenvolvimento. Geralmente ficam confortáveis em contextos sociais quando sua figura de apego está presente ou quando estão em casa, enquanto aqueles com transtorno de ansiedade social podem ficar desconfortáveis quando ocorrem situações sociais em casa ou na presença das figuras de apego.

Fobias específicas. Os indivíduos com fobias específicas podem ter medo de constrangimento ou humilhação (p. ex., vergonha de desmaiar quando lhes é tirado sangue), mas geralmente não têm medo de avaliação negativa em outras situações sociais.

Mutismo seletivo. Os indivíduos com mutismo seletivo podem fracassar em falar devido ao medo de avaliação negativa, mas não têm medo de avaliação negativa em outras situações sociais em que não seja exigido falar (p. ex., um jogo não verbal).

Transtorno depressivo maior. Os indivíduos com transtorno depressivo maior podem se preocupar em serem avaliados negativamente pelos outros porque acham que são maus ou não merecedores de que gostem deles. Em contraste, aqueles com transtorno de ansiedade social preocupam-se em serem avaliados negativamente devido a certos comportamentos sociais ou sintomas físicos.

Transtorno dismórfico corporal. Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal preocupam-se com a percepção de um ou mais defeitos ou falhas em sua aparência física que não são observáveis ou parecem leves para os outros; essa preocupação frequentemente causa ansiedade social e esquiva. Se seus medos e a esquiva social são causados apenas por suas crenças sobre sua aparência, um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade social não se justifica.

Transtorno delirante. Os indivíduos com transtorno delirante podem ter delírios e/ou alucinações não bizarros relacionados ao tema delirante que foca em ser rejeitado por ou em ofender os outros. Embora a extensão do *insight* das crenças acerca das situações sociais possa variar, muitos indivíduos com transtorno de ansiedade social têm bom *insight* de que suas crenças são desproporcionais à ameaça real apresentada pela situação social.

Transtorno do espectro autista. Ansiedade social e déficits na comunicação social são características do transtorno do espectro autista. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social geralmente têm relações sociais adequadas à idade e capacidade de comunicação, embora possam parecer ter prejuízo nessas áreas quando inicialmente interagem com pessoas ou adultos estranhos.

Transtornos da personalidade. Dado seu frequente início na infância e sua persistência durante a idade adulta, o transtorno de ansiedade social pode se parecer com um transtorno da personalidade. A sobreposição mais evidente é com o transtorno da personalidade evitativa. Os indivíduos com esse transtorno têm um padrão mais amplo de esquiva do que aqueles com transtorno de ansiedade social. No entanto, o transtorno de ansiedade social é geralmente mais comórbido com o transtorno da personalidade evitativa do que com outros transtornos da personalidade, e o transtorno da personalidade evitativa é mais comórbido com o transtorno de ansiedade social do que com outros transtornos de ansiedade.

Outros transtornos mentais. Medos sociais e desconforto podem ocorrer como parte da esquizofrenia, mas outras evidências de transtornos psicóticos costumam estar presentes. Em indivíduos com um transtorno alimentar, é importante determinar se o medo de avaliação negativa

acerca dos sintomas ou comportamentos do transtorno alimentar (p. ex., purgação e vômitos) não é a única fonte de ansiedade social antes de estabelecer um diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Igualmente, o transtorno obsessivo-compulsivo pode estar associado a ansiedade social, mas o diagnóstico adicional de transtorno de ansiedade social é usado apenas quando os medos sociais e a esquiva são independentes dos focos das obsessões e compulsões.

Outras condições médicas. Condições médicas podem produzir sintomas constrangedores (p. ex., tremor na doença de Parkinson). Quando o medo de avaliação negativa devido a outras condições médicas é excessivo, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado.

Transtorno de oposição desafiante. A recusa em falar devido à oposição a figuras de autoridade deve ser diferenciada do fracasso em falar devido ao medo de avaliação negativa.

Comorbidade

O transtorno de ansiedade social é com frequência comórbido com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e transtornos por uso de substâncias, e seu início geralmente precede o de outros transtornos, exceto a fobia específica e o transtorno de ansiedade de separação. O isolamento social crônico no curso de um transtorno de ansiedade social pode resultar em transtorno depressivo maior. A comorbidade com depressão é alta também em adultos mais velhos. Substâncias podem ser usadas como automedicação para medos sociais; porém, os sintomas de intoxicação ou abstinência, como tremor, também podem ser uma fonte de (mais) medo social. O transtorno de ansiedade social é frequentemente comórbido com transtorno bipolar ou transtorno dismórfico corporal; por exemplo, um indivíduo tem transtorno dismórfico corporal referente à preocupação com uma leve irregularidade em seu nariz e também transtorno de ansiedade social devido a um medo grave de parecer pouco inteligente. A forma mais generalizada de transtorno de ansiedade social, mas não o transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho, é com frequência comórbida com transtorno da personalidade evitativa. Em crianças, as comorbidades com autismo de alto funcionamento e mutismo seletivo são comuns.

Transtorno de Pânico

Critérios Diagnósticos **300.01 (F41.0)**

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer".
13. Medo de morrer.

Nota: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrolável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:
   1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "enlouquecer").
   2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).
C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).
D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

Características Diagnósticas

Transtorno de pânico se refere a ataques de pânico inesperados recorrentes (Critério A). Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos. O termo *recorrente* significa literalmente mais de um ataque de pânico inesperado. O termo *inesperado* se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência – ou seja, o ataque parece vir do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono (ataque de pânico noturno). Em contraste, os ataques de pânico *esperados* são ataques para os quais existe um indício ou desencadeante óbvio, como uma situação em que os ataques de pânico ocorrem geralmente. A determinação de os ataques de pânico serem esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base na combinação de um questionamento cuidadoso quanto à sequência dos eventos que precederam ou conduziram ao ataque e do próprio julgamento do indivíduo do quanto o ataque lhe pareceu ocorrer sem razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a designação do ataque de pânico como esperado ou inesperado (ver a seção "Questões Diagnósticas Relativas à Cultura" para esse transtorno). Nos Estados Unidos e na Europa, aproximadamente metade dos indivíduos com transtorno de pânico tem ataques de pânico esperados tanto quanto ataques inesperados. Assim, a presença de ataques de pânico esperados não exclui o diagnóstico de transtorno de pânico. Para mais detalhes referentes a ataques de pânico esperados *versus* inesperados, ver o texto que acompanha ataques de pânico (p. 214-217).

A frequência e a gravidade dos ataques de pânico variam de forma considerável. Em termos de frequência, pode haver ataques moderadamente frequentes (p. ex., um por semana) durante meses, pequenos surtos de ataques mais frequentes (p. ex., todos os dias) separadas por semanas, meses sem ataques ou ataques menos frequentes (p. ex., dois por mês) durante muitos anos. As pessoas que têm ataques de pânico infrequentes se parecem com as pessoas com ataques de pânico mais frequentes em termos de sintomas do ataque, características demográficas, comorbidade com outros transtornos, história familiar e dados biológicos. Em termos de gravidade, os indivíduos com transtorno de pânico podem ter ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas) ou com sintomas limitados (menos de quatro sintomas), e o número e o tipo de sintomas do ataque de pânico frequentemente diferem de um ataque de pânico para o seguinte. No entanto, é necessário mais de um ataque de pânico completo inesperado para o diagnóstico de transtorno de pânico.

As preocupações acerca dos ataques de pânico ou de suas consequências geralmente relacionam-se a preocupações físicas, como a preocupação de que os ataques de pânico reflitam a presença de doenças ameaçadoras à vida (p. ex., doença cardíaca, transtorno convulsivo); preocupações pessoais, como constrangimento ou medo de ser julgado negativamente pelos outros devido aos sintomas visíveis de pânico; e preocupações acerca do funcionamento mental, como

"enlouquecer" ou perder o controle (Critério B). As mudanças desadaptativas no comportamento representam as tentativas de minimizar ou evitar os ataques de pânico ou suas consequências. Os exemplos incluem a esquiva de esforço físico, reorganização da vida diária para garantir que haja ajuda disponível no caso de um ataque de pânico, restrição das atividades diárias habituais e esquiva de situações agorafóbicas, como sair de casa, usar transporte público ou fazer compras. Se a agorafobia está presente, um diagnóstico adicional de agorafobia é estabelecido.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o ataque de pânico *noturno* (i.e., acordar do sono em um estado de pânico, que difere de entrar em pânico depois de completamente acordado). Nos Estados Unidos, foi estimado que esse tipo de ataque de pânico ocorre pelo menos uma vez em aproximadamente um quarto a um terço dos indivíduos com transtorno de pânico, dos quais a maioria também tem ataques de pânico durante o dia. Além da preocupação acerca dos ataques e de suas consequências, muitos indivíduos com o transtorno relatam sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade que são mais amplamente relacionados a preocupações com a saúde em geral e com a saúde mental em específico. Por exemplo, indivíduos com transtorno de pânico com frequência preveem um resultado catastrófico a partir de um sintoma físico leve ou efeito colateral de medicamento (p. ex., pensar que pode ter um infarto agudo do miocárdio ou que uma dor de cabeça significa a presença de um tumor cerebral). Essas pessoas em geral são relativamente intolerantes aos efeitos colaterais de medicamentos. Além disso, pode haver preocupações acerca da capacidade de concluir as tarefas ou suportar os estressores diários; pode haver uso excessivo de drogas (p. ex., álcool, medicamentos de prescrição ou drogas ilícitas) ou comportamentos extremos que visam controlar os ataques de pânico (p. ex., restrições severas na ingestão de alimentos ou evitação de alimentos ou medicamentos específicos devido a preocupações acerca dos sintomas físicos que provocam ataques de pânico).

Prevalência

Na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para o transtorno de pânico nos Estados Unidos e em vários países europeus é de 2 a 3% em adultos e adolescentes. Nos Estados Unidos, taxas significativamente mais baixas de transtorno de pânico são relatadas entre latinos, afro-americanos, negros caribenhos e asiáticos americanos em comparação com brancos não latinos; os índios americanos, em contrapartida, têm taxas bem mais altas. Estimativas mais baixas foram relatadas para países asiáticos, africanos e latino-americanos, variando de 0,1 a 0,8%. Indivíduos do sexo feminino são afetados mais frequentemente do que os do masculino, em uma razão em torno de 2:1. A diferenciação de gênero ocorre na adolescência e já é observável antes dos 14 anos de idade. Embora ocorram ataques de pânico em crianças, a prevalência geral do transtorno é baixa antes dos 14 anos (< 0,4%). As taxas do transtorno apresentam aumento gradual durante a adolescência, em particular no sexo feminino, e possivelmente após o início da puberdade, e alcançam seu pico durante a idade adulta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos (i.e., 0,7% em adultos acima de 64 anos), refletindo, de modo provável, a diminuição na gravidade até níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início do transtorno de pânico nos Estados Unidos é de 20 a 24 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. O curso habitual, se o transtorno não é tratado, é crônico, mas com oscilações. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão entre eles, e outros podem ter sintomatologia grave contínua. Apenas uma minoria dos indivíduos tem remissão completa sem recaída subsequente no espaço de poucos anos. O curso do transtorno de pânico geralmente é complicado por uma

variedade de outros transtornos, em particular outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias (ver a seção "Comorbidade" para esse transtorno).

Embora o transtorno de pânico seja muito raro na infância, a primeira ocorrência de "períodos de medo" com frequência remonta a esse período de desenvolvimento. Como nos adultos, o transtorno de pânico em adolescentes tende a ter um curso crônico e é frequentemente comórbido com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo e transtorno bipolar. Até o momento, não foram encontradas diferenças na apresentação clínica entre adolescentes e adultos. No entanto, os adolescentes podem ser menos preocupados acerca de ataques de pânico adicionais do que os jovens adultos. A prevalência mais baixa do transtorno em adultos mais velhos parece dever-se à "atenuação" da resposta do sistema nervoso autônomo relacionada à idade. Observa-se que muitos indivíduos mais velhos com "sensações de pânico" têm um "híbrido" de ataques de pânico de sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, tendem a atribuir seus ataques de pânico a certas situações estressantes, como um procedimento médico ou o contexto social. Os indivíduos mais velhos podem apresentar explicações para o ataque de pânico (o que excluiria o diagnóstico de transtorno de pânico), mesmo que ele tenha sido inesperado no momento (e assim se qualifique como base para um diagnóstico de transtorno de pânico). Isso pode resultar na subavaliação do ataque de pânico inesperado nesses indivíduos. Assim, é necessário o questionamento cuidadoso dos adultos mais velhos para avaliar se os ataques de pânico eram esperados antes de entrarem na situação, de forma que os ataques inesperados e o diagnóstico de transtorno de pânico não sejam negligenciados.

Embora a baixa taxa de transtorno de pânico em crianças possa estar relacionada a dificuldades no relato dos sintomas, isso parece improvável, já que as crianças são capazes de relatar medo intenso ou pânico em relação a separação ou a objetos ou situações fóbicas. Os adolescentes podem ser menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico. Portanto, os clínicos devem estar cientes de que ataques de pânico inesperados ocorrem em adolescentes, assim como em adultos, e devem estar atentos a essa possibilidade quando encontrarem adolescentes que apresentam episódios de medo ou sofrimento intenso.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (i.e., propensão a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (i.e., disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) são fatores de risco para o início de ataques de pânico e, separadamente, para preocupação acerca do pânico, embora seu *status* de risco para o diagnóstico de transtorno de pânico seja desconhecido. História de "períodos de medo" (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores e transtorno de pânico. Embora a ansiedade de separação na infância, especialmente quando grave, possa preceder o desenvolvimento posterior de transtorno de pânico, não se trata de um fator de risco consistente.

Ambientais. Relatos de experiências infantis de abuso sexual e físico são mais comuns no transtorno de pânico do que em alguns outros transtornos de ansiedade. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico e para o transtorno. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (p. ex., estressores interpessoais e estressores relacionados ao bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Genéticos e fisiológicos. Acredita-se que múltiplos genes confiram vulnerabilidade ao transtorno de pânico. No entanto, os genes exatos, produtos de genes ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos. Os modelos atuais dos sistemas neurais para o transtorno de pânico enfatizam a amígdala e estruturas relacionadas, assim como em outros transtornos de ansiedade. Existe risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar. Distúrbios respiratórios, como asma, estão associados ao transtorno de pânico, em termos de história passada, comorbidade e história familiar.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A taxa dos medos acerca dos sintomas mentais e somáticos de ansiedade parece variar entre as culturas e pode influenciar as taxas de ataques de pânico e de transtorno de pânico. Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Por exemplo, um indivíduo vietnamita que tem um ataque de pânico após caminhar em um ambiente ventoso (*trúng gió*; "atingido pelo vento") pode atribuir o ataque à exposição ao vento como consequência da síndrome cultural que liga essas duas experiências, resultando na classificação do ataque de pânico como esperado. Várias outras síndromes culturais estão associadas ao transtorno de pânico, incluindo *ataque de nervios* ("ataque de nervos") entre os latino-americanos e *khyâl* e "perda da alma" entre os cambojanos. O *ataque de nervios* pode envolver tremor, gritos ou choro descontrolado, comportamento agressivo ou suicida e despersonalização ou desrealização, que podem ser experimentados por mais tempo do que os poucos minutos típicos dos ataques de pânico. Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervios* satisfazem os critérios para outras condições além do ataque de pânico (p. ex., outro transtorno dissociativo especificado). Essas síndromes têm impacto nos sintomas e na frequência do transtorno de pânico, incluindo a atribuição do indivíduo de imprevisibilidade, pois as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde discussões interpessoais (associadas ao *ataque de nervios*) até alguns tipos de esforço (associados aos ataques de *khyâl*) e o vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*). O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode auxiliar na distinção de ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informações referentes às síndromes culturais, consulte o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento", no Apêndice deste Manual.

As preocupações específicas quanto aos ataques de pânico ou suas consequências podem variar de uma cultura para outra (e entre as diferentes faixas etárias e os gêneros). Para o transtorno de pânico, as amostras da comunidade norte-americana de brancos não latinos têm significativamente menos prejuízos funcionais do que as de afro-americanos. Também existem taxas mais elevadas de gravidade definida objetivamente nos negros não latinos caribenhos com transtorno de pânico e taxas mais baixas de transtorno de pânico em geral nos grupos afro-americano e afro-caribenho, sugerindo que, entre os indivíduos descendentes de africanos, os critérios para o transtorno podem ser satisfeitos somente quando há gravidade e prejuízo substanciais.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As características clínicas do transtorno de pânico não parecem diferir entre os sexos. Existem algumas evidências de dimorfismo sexual, com uma associação entre transtorno de pânico e o gene catecol-O-metiltransferase (COMT) apenas em indivíduos do sexo feminino.

Marcadores Diagnósticos

Agentes com mecanismos diferentes de ação, como lactato de sódio, cafeína, isoproterenol, ioimbina, dióxido de carbono e colecistoquinina, provocam ataques de pânico em indivíduos com o transtorno em um grau muito maior do que em sujeitos-controle saudáveis (e, em alguns casos, do que em indivíduos com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo ou transtorno bipolar sem ataques de pânico). Além disso, para uma proporção dos indivíduos com transtorno de pânico, os ataques estão relacionados a detectores hipersensíveis de dióxido de carbono medular, resultando em hipocapnia e outras irregularidades respiratórias. Entretanto, nenhum desses achados laboratoriais é considerado diagnóstico de transtorno de pânico.

Risco de Suicídio

Ataques de pânico e diagnóstico de transtorno de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados a uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e ideação suicida, mesmo quando as comorbidades e uma história de abuso infantil e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.

Consequências Funcionais do Transtorno de Pânico

O transtorno de pânico está associado a níveis altos de incapacidade social, profissional e física; custos econômicos consideráveis; e ao número mais alto de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade, embora os efeitos sejam mais fortes com a presença de agorafobia. Os indivíduos com transtorno de pânico podem se ausentar com frequência do trabalho ou escola para visitas ao médico ou ao serviço de urgência, o que pode levar a desemprego ou evasão escolar. Em adultos mais velhos, o prejuízo pode ser visto nas funções de cuidador ou em outras atividades voluntárias. Os ataques de pânico completos geralmente estão associados a maior morbidade (p. ex., maior utilização dos serviços de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado. O transtorno de pânico não deve ser diagnosticado se nunca foram experimentados ataques de pânico com sintomas completos (inesperados). No caso de ataques de pânico inesperados apenas com sintomas limitados, um diagnóstico de outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado deve ser considerado.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são considerados consequência fisiológica direta de outra condição médica. Exemplos de condições médicas que podem causar ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardiopulmonares (p. ex., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]). Testes laboratoriais apropriados (p. ex., níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exame físico (p. ex., para condições cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques forem considerados consequência fisiológica direta de uma substância. Intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p. ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e abstinência de depressores do sistema nervoso central (p. ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Entretanto, se os ataques continuam a ocorrer fora do contexto do uso da substância (p. ex., muito tempo depois que terminaram os efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado. Além disso, como o transtorno pode preceder o uso da substância em alguns indivíduos e pode estar associado a aumento no seu uso, especialmente com fins de automedicação, uma história detalhada deve ser colhida para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo da substância. Nesse caso, um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado além de um diagnóstico de transtorno por uso de substância. Características como o início após a idade de 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (p. ex., vertigem, perda da consciência, perda de controle esfincteriano, fala confusa, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possam estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Outros transtornos mentais com ataques de pânico como característica associada (p. ex., outros transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos). Os ataques de pânico que ocorrem como sintoma de outros transtornos de ansiedade são esperados (p. ex., desencadeados por situações sociais no transtorno de ansiedade social, por objetos ou situações fóbicas em fobia específica ou agorafobia, por preocupação no transtorno de ansiedade generalizada, por separação de casa e de figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação) e, assim, não satisfariam os critérios para transtorno de pânico. (**Nota**: Ocasionalmente, um ataque de pânico inesperado está associado ao início de outro transtorno de ansiedade, mas então os ataques se tornam esperados, enquanto o transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados recorrentes). Se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta a desencadeantes específicos, então somente o transtorno de

ansiedade relevante é diagnosticado. No entanto, se o indivíduo também experimenta ataques de pânico inesperados e apresenta apreensão e preocupação persistentes ou mudança comportamental devido aos ataques, então um diagnóstico adicional de transtorno de pânico deve ser considerado.

Comorbidade

O transtorno de pânico raramente ocorre em contextos clínicos na ausência de outra psicopatologia. Sua prevalência é elevada em indivíduos com outros transtornos, sobretudo outros transtornos de ansiedade (e em especial agorafobia), depressão maior, transtorno bipolar e possivelmente transtorno leve por uso de álcool. Embora o transtorno de pânico ocorra com frequência em idade mais precoce do que o(s) transtorno(s) comórbido(s), às vezes pode se manifestar depois do transtorno comórbido e pode ser visto como um marcador da gravidade da doença comórbida.

As taxas de comorbidade com transtorno depressivo maior relatadas durante a vida variam de forma considerável, podendo ser de 10 a 65% em indivíduos com transtorno de pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com os dois transtornos, a depressão precede o início do transtorno de pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do transtorno de pânico. Um subgrupo de indivíduos com transtorno de pânico desenvolve um transtorno relacionado a substância, o que para alguns representa uma tentativa de tratar sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros transtornos de ansiedade e transtorno de ansiedade de doença também é comum.

O transtorno de pânico é significativamente comórbido com inúmeros sintomas e condições médicas gerais, incluindo, mas não limitado a, tontura, arritmias cardíacas, hipertireoidismo, asma, DPOC e síndrome do intestino irritável. Entretanto, a natureza da associação (p. ex., causa e efeito) entre transtorno de pânico e essas condições permanece incerta. Embora prolapso da válvula mitral e doença da tireoide sejam mais comuns entre indivíduos com transtorno de pânico do que na população em geral, as diferenças na prevalência não são consistentes.

Especificador de Ataque de Pânico

Nota: Os sintomas são apresentados com o propósito de identificação de um ataque de pânico; no entanto, o ataque de pânico não é um transtorno mental e não pode ser codificado. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de um transtorno de ansiedade, além de outros transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias) e algumas condições médicas (p. ex., cardíaca, respiratória, vestibular, gastrintestinal). Quando a presença de um ataque de pânico é identificada, ela deve ser anotada como um especificador (p. ex., "transtorno de estresse pós-traumático com ataques de pânico"). Para transtorno de pânico, a presença de ataque de pânico está inclusa nos critérios diagnósticos, e o ataque de pânico não é usado como especificador.
Um surto abrupto de medo ou de desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:
Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado ou taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).

11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer".
13. Medo de morrer.

Nota: Sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, gritos ou choro descontrolado) podem ser vistos. Não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos.

Características

A característica essencial de um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante a qual ocorrem quatro ou mais dos 13 sintomas físicos e cognitivos. Onze desses sintomas são físicos (p. ex., palpitações, sudorese), enquanto dois são cognitivos (i.e., medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer). "Medo de enlouquecer" é um coloquialismo usado com frequência por indivíduos com ataques de pânico e não tem a pretensão de ser um termo pejorativo ou diagnóstico. A expressão *em minutos* significa que o tempo para atingir o pico de intensidade é literalmente uns poucos minutos. Um ataque de pânico pode se originar a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso, e o tempo para alcançar o pico de intensidade deve ser avaliado independentemente da ansiedade precedente. Ou seja, o início do ataque de pânico é o ponto no qual existe um aumento abrupto no desconforto, e não o ponto em que a ansiedade começou a se desenvolver. Da mesma forma, um ataque de pânico pode retornar a um estado ansioso ou a um estado calmo e possivelmente ter outro pico. Um ataque de pânico é diferenciado de ansiedade persistente por seu tempo até o pico de intensidade, que ocorre em minutos; sua natureza distinta; e sua gravidade geralmente maior. Os ataques que satisfazem todos os outros critérios, mas têm menos de quatro sintomas físicos e/ou cognitivos, são denominados *ataques com sintomas limitados*.

Existem dois tipos característicos de ataques de pânico: esperado e inesperado. Os *ataques de pânico esperados* são ataques para os quais existe um sinal ou desencadeante óbvio, como as situações em que eles geralmente ocorreram. Os *ataques de pânico inesperados* são aqueles para os quais não há gatilho ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência (p. ex., quando em relaxamento ou durante o sono [ataque de pânico noturno]). A determinação de os ataques de pânico serem esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base em uma combinação de questionamento cuidadoso quanto à sequência dos eventos que precederam ou levaram ao ataque e o próprio julgamento do indivíduo sobre se o ataque pareceu ter ocorrido ou não por alguma razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a determinação como esperado ou inesperado. Sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, dor de cabeça, gritos ou choro descontrolado) podem ser vistos; entretanto, não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de um transtorno mental (p. ex., transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos da personalidade, transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias) e de algumas condições médicas (p. ex., cardíaca, respiratória, vestibular, gastrintestinal), com a maioria nunca satisfazendo os critérios para transtorno de pânico. São necessários ataques de pânico inesperados recorrentes para um diagnóstico de transtorno de pânico.

Características Associadas

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o *ataque de pânico noturno* (i.e., acordar do sono em estado de pânico), o qual difere de entrar em pânico depois de estar completamente acordado. Os ataques de pânico estão relacionados a uma taxa mais alta de tentativas de suicídio e ideação suicida, mesmo quando as comorbidades e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.

Prevalência

Na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para ataques de pânico nos Estados Unidos é de 11,2% em adultos. Ela não parece diferir significativamente entre afro-americanos, asiáticos americanos e latinos. As estimativas de prevalência de menos de 12 meses para os países europeus parecem variar entre 2,7 e 3,3%. Indivíduos do sexo feminino são afetados com mais frequência do que os do masculino, embora essa diferença de gênero seja mais pronunciada para o transtorno de pânico. Ataques de pânico podem ocorrer em crianças, mas são relativamente raros até a puberdade, quando a prevalência aumenta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos, possivelmente refletindo a diminuição na gravidade até níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início dos ataques de pânico nos Estados Unidos é de 22 a 23 anos entre os adultos. No entanto, é provável que o curso dos ataques seja influenciado pelo curso de transtorno(s) mental(is) e eventos estressantes na vida que ocorrem concomitantemente. Os ataques de pânico são incomuns, e os ataques de pânico inesperados são raros em pré-adolescentes. Estes podem ser menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico, muito embora eles estejam presentes com episódios de medo e desconforto intensos. A prevalência mais baixa de ataques de pânico em indivíduos mais velhos pode estar relacionada a uma resposta autonômica mais tênue aos estados emocionais em comparação com os indivíduos mais jovens. Os mais velhos podem ser menos inclinados a usar a palavra "medo" e mais inclinados a usar a palavra "desconforto" para descrever ataques de pânico. Aqueles com "sensações de pânico" podem ter um misto de ataques com sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, os indivíduos mais velhos tendem a atribuir os ataques de pânico a determinadas situações estressantes (p. ex., procedimentos médicos, ambientes sociais) e podem dar explicações para eles mesmo que tenham sido inesperados no momento. Isso pode resultar em subavaliação dos ataques de pânico inesperados nesses indivíduos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (i.e., tendência a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (i.e., disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) são fatores de risco para o início de ataques de pânico. História de "períodos de medo" (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores.

Ambientais. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (p. ex., estressores interpessoais e estressores relacionados a bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As interpretações culturais podem influenciar a determinação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Os sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, dor de cabeça e gritos ou choro incontrolável) podem ser vistos; entretanto, não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos. A frequência de cada um dos 13 sintomas varia entre as culturas (p. ex., taxas mais altas de parestesias em afro-americanos e de tontura em vários grupos asiáticos). As síndromes culturais também influenciam a apresentação transcultural dos ataques de pânico, resultando em diferentes perfis de sintomas nos diferentes grupos culturais. Exemplos incluem ataques de *khyâl* (vento), uma síndrome cultural cambojana envolvendo tontura, tinido e dor na nuca, e ataques de *trúng gió* (relacionado ao vento), uma síndrome cultural vietnamita associada a dores de cabeça. O *ataque de nervios* (ataque de nervos) é uma síndrome cultural entre latino-americanos que pode envolver tremor, gritos ou choro descontrolado, comportamento

agressivo ou suicida e despersonalização ou desrealização, e que pode ser experimentado por mais tempo do que apenas poucos minutos. Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervios* satisfazem os critérios para outras condições além do ataque de pânico (p. ex., outro transtorno dissociativo especificado). Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados, já que as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde discussões interpessoais (associadas ao *ataque de nervios*) até tipos de esforço (associados aos ataques de *khyâl*) e vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*). O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode auxiliar na distinção de ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informações referentes às síndromes culturais, consulte o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento", no Apêndice deste Manual.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Os ataques de pânico são mais comuns em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino, mas as características clínicas dos sintomas dos ataques de pânico não diferem entre os gêneros.

Marcadores Diagnósticos

Registros fisiológicos de ataques de pânico de ocorrência natural em indivíduos com transtorno de pânico indicam surtos abruptos de excitação, habitualmente se manifestando como aumento na frequência cardíaca, que atingem um pico em minutos e cedem também em minutos, e, para uma proporção desses indivíduos, o ataque de pânico pode ser precedido por instabilidades cardiorrespiratórias.

Consequências Funcionais dos Ataques de Pânico

No contexto da concomitância dos transtornos mentais, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtornos por uso de substâncias, transtornos psicóticos e transtornos da personalidade, os ataques de pânico estão associados a aumento na gravidade dos sintomas, taxas mais altas de comorbidade e suicídio e pior resposta ao tratamento. Além disso, os ataques de pânico com sintomas completos geralmente estão associados a maior morbidade (i.e., maior utilização dos serviços de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Outros episódios paroxísticos (p. ex., "ataques de raiva"). Os ataques de pânico não devem ser diagnosticados se os episódios não envolvem a característica essencial de um surto abrupto de intenso medo ou desconforto, e sim outros estados emocionais (p. ex., raiva, tristeza).

Outro transtorno devido a outra condição médica. As condições médicas que podem causar ou ser mal diagnosticadas como ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardiopulmonares (p. ex., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, DPOC). Testes laboratoriais apropriados (p. ex., níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exame físico (p. ex., para condições cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. Intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p. ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e abstinência de depressores do sistema nervoso central (p. ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Deve ser coletada uma história detalhada para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo de substância. Características como o início após os 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (p. ex., vertigem, perda da

consciência, perda de controle esfincteriano, fala confusa ou amnésia) sugerem a possibilidade de que uma condição médica ou substância possa estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Transtorno de pânico. Ataques de pânico inesperados repetidos são necessários, mas não suficientes, para o diagnóstico de transtorno de pânico (i.e., todos os critérios diagnósticos para transtorno de pânico devem ser satisfeitos).

Comorbidade

Os ataques de pânico estão associados à probabilidade aumentada de vários transtornos mentais comórbidos, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos do controle dos impulsos e transtornos por uso de substâncias. Também estão associados à probabilidade aumentada de desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares e possivelmente ainda outros transtornos.

Agorafobia

Critérios Diagnósticos **300.22 (F40.00)**

A. Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:
   1. Uso de transporte público (p. ex., automóveis, ônibus, trens, navios, aviões).
   2. Permanecer em espaços abertos (p. ex., áreas de estacionamentos, mercados, pontes).
   3. Permanecer em locais fechados (p. ex., lojas, teatros, cinemas).
   4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão.
   5. Sair de casa sozinho.

B. O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (p. ex., medo de cair nos idosos; medo de incontinência).

C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.

D. As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.

G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. Se outra condição médica (p. ex. doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente excessivo.

I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental – por exemplo, os sintomas não estão restritos a fobia específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como no transtorno de ansiedade social); e não estão relacionados exclusivamente a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo), percepção de defeitos ou falhas na aparência física (como no transtorno dismórfico corporal) ou medo de separação (como no transtorno de ansiedade de separação).

Nota: A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de transtorno de pânico. Se a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para transtorno de pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Características Diagnósticas

A característica essencial da agorafobia é o medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações (Critério A). O diagnóstico requer que os

sintomas ocorram em pelo menos duas das cinco situações seguintes: 1) uso de transporte público, como automóveis, ônibus, trens, navios ou aviões; 2) permanecer em espaços abertos, como áreas de estacionamento, mercados ou pontes; 3) permanecer em locais fechados, como lojas, teatros ou cinemas; 4) permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão; ou 5) sair de casa sozinho. Os exemplos de cada situação não são exaustivos; outras situações podem ser temidas. Quando experimentam medo e ansiedade acionada por essas situações, os indivíduos geralmente experimentam pensamentos de que algo terrível possa acontecer (Critério B). Acreditam com frequência que escapar dessas situações poderia ser difícil (p. ex., "não consigo sair daqui") ou que o auxílio pode não estar disponível (p. ex., "não há ninguém para me ajudar") quando ocorrem sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. "Sintomas do tipo pânico" se referem a algum dos 13 sintomas inclusos nos critérios para ataque de pânico, como tontura, desmaio e medo de morrer. "Outros sintomas incapacitantes ou constrangedores" incluem sintomas como vomitar e sintomas inflamatórios intestinais, bem como, em adultos mais velhos, medo de cair ou, em crianças, uma sensação de desorientação e de estar perdido.

A quantidade de medo experimentada pode variar com a proximidade da situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença real da situação agorafóbica. Além disso, o medo ou ansiedade pode assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou sintomas limitados (i.e., um ataque de pânico esperado). O medo ou ansiedade é evocado quase todas as vezes em que o indivíduo entra em contato com a situação temida (Critério C). Assim, alguém que fica ansioso apenas ocasionalmente em uma situação agorafóbica (p. ex., fica ansioso quando permanece em uma fila ou em apenas uma a cada cinco ocasiões) não seria diagnosticado com agorafobia. O indivíduo evita ativamente a situação, ou, se não consegue ou decide não evitá-la, a situação evoca medo ou ansiedade intenso (Critério D). *Esquiva ativa* significa que o indivíduo está, no momento, comportando-se de formas intencionalmente concebidas para prevenir ou minimizar o contato com situações agorafóbicas. A esquiva pode ser comportamental (p. ex., mudar as rotinas diárias, escolher um emprego próximo para evitar o uso de transporte público, organizar a entrega de alimentos para evitar ter de entrar em lojas e supermercados), bem como cognitiva por natureza (p. ex., usando a distração para passar por situações agorafóbicas). Pode tornar-se tão grave a ponto de a pessoa ficar completamente confinada à sua casa. Com frequência, um indivíduo é mais capaz de enfrentar uma situação temida quando acompanhado por alguém como um parceiro, amigo ou profissional da saúde.

O medo, ansiedade ou esquiva deve ser desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural (Critério E). A diferenciação de medos agorafóbicos clinicamente significativos de medos razoáveis (p. ex., sair de casa durante uma forte tempestade) ou de situações que são consideradas perigosas (p. ex., caminhar em uma área de estacionamento ou usar o transporte público em uma área de alta criminalidade) é importante por inúmeras razões. Primeiramente, o que constitui esquiva pode ser difícil de julgar entre as culturas e nos contextos socioculturais (p. ex., é culturalmente apropriado que as mulheres muçulmanas ortodoxas em certas partes do mundo evitem sair de casa sozinhas, e assim essa esquiva não seria considerada indicativa de agorafobia). Segundo, adultos mais velhos provavelmente superestimam a relação entre seus medos e as restrições relacionadas à idade e, de modo semelhante, podem não julgar seus medos como desproporcionais ao risco real. Terceiro, os indivíduos com agorafobia têm probabilidade de superestimar o perigo em relação aos sintomas do tipo pânico ou outros sintomas corporais. A agorafobia deve ser diagnosticada somente se persiste o medo, ansiedade ou esquiva (Critério F) e se ele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério G). A duração de "mais de seis meses" significa excluir os indivíduos com problemas transitórios de curta duração. No entanto, o critério de duração deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Nas suas formas mais graves, a agorafobia pode levar os indivíduos a ficar completamente restritos à sua casa, incapazes de sair e dependentes de outra pessoa para serviços ou assistência até mesmo

às suas necessidades básicas. A desmoralização e os sintomas depressivos, bem como o abuso de álcool e medicamentos sedativos como estratégias inadequadas de automedicação, são comuns.

Prevalência

A cada ano, 1,7% dos adolescentes e adultos têm um diagnóstico de agorafobia. Pessoas do sexo feminino têm uma probabilidade duas vezes maior do que as do masculino de apresentar o transtorno. A agorafobia pode ocorrer na infância, mas a incidência atinge o pico no fim da adolescência e início da idade adulta. A prevalência de 12 meses em indivíduos com mais de 65 anos é de 0,4%. As taxas de prevalência não parecem variar sistematicamente entre os grupos culturais/raciais.

Desenvolvimento e Curso

A porcentagem de indivíduos com agorafobia que relatam ataques de pânico ou transtorno de pânico antes do início de agorafobia varia de 30% nas amostras da comunidade a mais de 50% nas amostras clínicas. A maioria das pessoas com transtorno de pânico apresenta sinais de ansiedade e agorafobia antes do início do transtorno.

Em dois terços de todos os casos de agorafobia, o início ocorre antes dos 35 anos. Existe um risco substancial de incidência no fim da adolescência e início da idade adulta, com indicações para um segundo pico de incidência depois dos 40 anos. O início na infância é raro. A idade média geral de início para agorafobia é 17 anos, embora a idade de início sem ataques de pânico ou transtorno de pânico anterior seja de 25 a 29 anos.

O curso da agorafobia é tipicamente persistente e crônico. A remissão completa é rara (10%), a menos que a doença seja tratada. Com agorafobia mais grave, as taxas de remissão completa decrescem, enquanto as taxas de recaída e cronicidade aumentam. Uma variedade de outros transtornos, em particular outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos por uso de substâncias e transtornos da personalidade, pode complicar o curso da agorafobia. Seu curso de longo prazo e sua evolução estão associados a um risco substancialmente elevado de transtorno depressivo maior secundário, transtorno depressivo persistente (distimia) e transtornos por uso de substâncias.

As características clínicas da agorafobia são relativamente consistentes ao longo da vida, embora o tipo de situações agorafóbicas que desencadeiam medo, ansiedade ou esquiva, assim como o tipo de cognições, possa variar. Por exemplo, em crianças, estar fora de casa sozinho é a situação temida mais frequente, enquanto, em adultos mais velhos, estar em lojas, ficar em uma fila e estar em espaços abertos são as situações que costumam ser mais temidas. Além disso, as cognições com frequência são relativas a se perder (em crianças), experimentar sintomas do tipo pânico (em adultos), cair (em adultos mais velhos).

A baixa prevalência de agorafobia em crianças pode refletir as dificuldades em relatar os sintomas, e assim avaliações em crianças pequenas podem requerer a solicitação de informações de múltiplas fontes, incluindo os pais e os professores. Os adolescentes, particularmente do sexo masculino, podem estar menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os medos agorafóbicos e a esquiva; no entanto, a agorafobia pode ocorrer antes da idade adulta e deve ser avaliada em crianças e adolescentes. Em adultos mais velhos, transtornos de sintomas somáticos comórbidos, bem como perturbações motoras (p. ex., sensação de cair ou ter complicações médicas), são frequentemente mencionados pelos indivíduos como a razão do seu medo e esquiva. Nesses casos, deve-se ter cuidado na avaliação do quanto o medo e a esquiva são desproporcionais ao perigo real envolvido.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Inibição comportamental e disposição neurótica (i.e., afetividade negativa [neuroticismo] e sensibilidade à ansiedade) estão intimamente associadas à agorafobia, mas são relevantes para a maioria dos transtornos de ansiedade (transtornos fóbicos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada). A sensibilidade à ansiedade (a disposição a acreditar

que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) também é característica de indivíduos com agorafobia.

Ambientais. Eventos negativos na infância (p. ex., separação, morte de um dos pais) e outros eventos estressantes, como ser atacado ou assaltado, estão associados ao início de agorafobia. Além disso, indivíduos com agorafobia descrevem o clima familiar e a criação dos seus filhos como caracterizados por afeto reduzido e superproteção.

Genéticos e fisiológicos. A herdabilidade para agorafobia é de 61%. Das várias fobias, a agorafobia é a que tem associação mais forte e mais específica com o fator genético que representa a predisposição a fobias.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino apresentam padrões diferentes de transtornos comórbidos com relação aos do masculino. Consistentemente com as diferenças de gênero na prevalência dos transtornos mentais, os indivíduos do sexo masculino têm taxas mais elevadas de transtorno por uso de substância comórbido.

Consequências Funcionais da Agorafobia

A agorafobia está associada a considerável prejuízo e incapacidade em termos de desempenho de papéis, produtividade no trabalho e dias com incapacidade. Sua gravidade é um forte determinante do grau de incapacidade, independentemente da presença de transtorno de pânico, ataques de pânico comórbidos ou outras condições comórbidas. Mais de um terço dos indivíduos com agorafobia está completamente restrito à sua casa e incapaz de trabalhar.

Diagnóstico Diferencial

Quando os critérios diagnósticos para agorafobia e outro transtorno são satisfeitos completamente, ambos os diagnósticos devem ser dados, a menos que o medo, ansiedade ou esquiva da agorafobia possa ser atribuído ao outro transtorno. A ponderação dos critérios e o julgamento clínico podem ser úteis em alguns casos.

Fobia específica, tipo situacional. A diferenciação entre agorafobia e fobia específica situacional pode ser desafiadora em alguns casos porque essas condições compartilham várias características de sintomas e critérios. A fobia específica, tipo situacional, deve ser diagnosticada *versus* agorafobia se o medo, ansiedade ou esquiva estiver limitado a uma das situações agorafóbicas. A exigência de medo de duas ou mais situações agorafóbicas é uma forma eficiente de diferenciar agorafobia de fobias específicas, particularmente o subtipo situacional. As características diferenciadoras adicionais incluem a cognição associada. Assim, se a situação é temida por outras razões além dos sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (p. ex., medos de ser diretamente prejudicado pela situação em si, como o medo de queda do avião em indivíduos que temem voar), então o diagnóstico de fobia específica pode ser o mais apropriado.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação pode ser mais bem diferenciado da agorafobia por meio do exame da cognição. No transtorno de ansiedade de separação, os pensamentos são acerca da separação de pessoas significativas e do ambiente doméstico (i.e., pais ou outras figuras de apego), enquanto na agorafobia o foco está nos sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores nas situações temidas.

Transtorno de ansiedade social (fobia social). A agorafobia deve ser diferenciada do transtorno de ansiedade social principalmente quanto aos tipos de situações que desencadeiam medo, ansiedade ou esquiva e à cognição associada. No transtorno de ansiedade social, o foco está no medo de ser avaliado negativamente.

Transtorno de pânico. Quando são satisfeitos os critérios para transtorno de pânico, a agorafobia não deve ser diagnosticada se os comportamentos de esquiva associados aos ataques de pânico não se estendem para o comportamento de esquiva de duas ou mais situações agorafóbicas.

Transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse agudo e o TEPT podem ser diferenciados da agorafobia examinando se o medo, ansiedade ou esquiva está relacionado somente com situações que lembram o indivíduo de um evento traumático. Se o medo, ansiedade ou esquiva está restrito aos evocadores do trauma e se o comportamento de esquiva não se estende para duas ou mais situações agorafóbicas, então um diagnóstico de agorafobia não é indicado.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, o indivíduo pode evitar sair de casa devido a apatia, perda da energia, baixa autoestima e anedonia. Se a esquiva não está relacionada a medos do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores, então agorafobia não deve ser diagnosticada.

Outras condições médicas. A agorafobia não é diagnosticada se a esquiva de situações é considerada uma consequência fisiológica de uma condição médica. Essa determinação está baseada na história, em achados laboratoriais e no exame físico. Outras condições médicas relevantes podem incluir transtornos neurodegenerativos com perturbações motoras associadas (p. ex., doença de Parkinson, esclerose múltipla), bem como distúrbios cardiovasculares. Indivíduos com certas condições médicas podem evitar situações devido a preocupações realistas quanto a ficar incapacitado (p. ex., desmaiar em um indivíduo com ataques isquêmicos transitórios) ou ficar constrangido (p. ex., diarreia em um indivíduo com doença de Crohn). O diagnóstico de agorafobia deve ser dado apenas quando o medo ou esquiva é claramente excessivo em relação ao medo habitualmente associado a essas condições médicas.

Comorbidade

A maioria dos indivíduos com agorafobia também tem outros transtornos mentais. Os diagnósticos adicionais mais frequentes são outros transtornos de ansiedade (p. ex., fobias específicas, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social), depressivos (transtorno depressivo maior), TEPT e transtorno por uso de álcool. Enquanto outros transtornos de ansiedade (p. ex., de ansiedade de separação, fobias específicas e de pânico) com frequência precedem o início da agorafobia, os transtornos depressivos e aqueles por uso de substâncias geralmente ocorrem secundários à agorafobia.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Critérios Diagnósticos **300.02 (F41.1)**

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

   Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

   1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
   2. Fatigabilidade.
   3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente.
   4. Irritabilidade.
   5. Tensão muscular.
   6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgraças com seus filhos ou questões menores (p. ex., realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para compromissos). As crianças com o transtorno tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Várias características distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica. Primeiro, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida diária não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis, podendo ser adiadas quando surgem questões mais prementes. Segundo, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes. Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), mais provavelmente seus sintomas satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Terceiro, as preocupações diárias são muito menos prováveis de ser acompanhadas por sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele). Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida.

A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fatigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono, embora apenas um sintoma adicional seja exigido para crianças.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Pode haver tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular. Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também experimentam sintomas somáticos (p. ex., sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobressalto exagerada. Sintomas de excitabilidade autonômica aumentada (p. ex., batimentos cardíacos acelerados, falta de ar, tonturas) são menos proeminentes no transtorno de ansiedade generalizada do que em outros transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico. Outras condições que podem estar associadas ao estresse (p. ex., síndrome do intestino irritável, cefaleia) frequentemente acompanham o transtorno.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno de ansiedade generalizada é de 0,9% entre adolescentes e de 2,9% entre adultos na comunidade em geral nos Estados Unidos. A prevalência de 12 meses para o transtorno em outros países varia de 0,4 a 3,6%. O risco de morbidade durante a vida é de 9%. Indivíduos do sexo feminino têm duas vezes mais probabilidade do que os do masculino de experimentar transtorno de ansiedade generalizada. A prevalência do diagnóstico tem seu pico na meia-idade e declina ao longo dos últimos anos de vida.

Os indivíduos de descendência europeia tendem a experimentar o transtorno de ansiedade generalizada com mais frequência do que os descendentes de não europeus (i.e., asiáticos, africanos, nativos americanos e das ilhas do Pacífico). Além disso, indivíduos de países desenvolvidos têm maior probabilidade do que os de países não desenvolvidos de relatar que experimentaram sintomas que satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada durante a vida.

Desenvolvimento e Curso

Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam que se sentem ansiosos e nervosos por toda a vida. A idade média de início do transtorno é 30 anos; entretanto, a idade início se estende por um período muito amplo. A idade média de início é mais tardia do que para outros transtornos de ansiedade. Os sintomas de preocupação e ansiedade excessivas podem ocorrer no início da vida, mas manifestam-se como um temperamento ansioso. O início do transtorno raramente ocorre antes da adolescência. Os sintomas tendem a ser crônicos e têm remissões e recidivas ao longo da vida, flutuando entre formas sindrômicas e subsindrômicas do transtorno. As taxas de remissão completa são muito baixas.

A manifestação clínica do transtorno de ansiedade generalizada é relativamente consistente ao longo da vida. A diferença principal entre as faixas etárias está no conteúdo da preocupação do indivíduo. Crianças e adolescentes tendem a se preocupar mais com a escola e o desempenho esportivo, enquanto adultos mais velhos relatam maior preocupação com o bem-estar da família ou da sua própria saúde física. Assim, o conteúdo da preocupação de um indivíduo tende a ser adequado à idade. Os adultos mais jovens experimentam maior gravidade dos sintomas do que os adultos mais velhos.

Quanto mais cedo na vida os indivíduos têm sintomas que satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada, mais tendem a ter comorbidade e mais provavelmente serão prejudicados. O advento de uma doença física crônica pode ser uma questão importante para preocupação excessiva em idosos. No idoso frágil, as preocupações com a segurança – e especialmente quanto a quedas – podem limitar as atividades. Naqueles com prejuízo cognitivo precoce, o que parece ser uma preocupação excessiva sobre, por exemplo, o paradeiro das coisas é provavelmente mais bem considerado como realista, tendo em vista o seu prejuízo cognitivo.

Em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade generalizada, as ansiedades e preocupações frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho ou competência na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outros. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade. Também podem preocupar-se com eventos catastróficos, como terremotos ou guerra nuclear. As crianças com o transtorno podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito. Elas demonstram zelo excessivo na busca de aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações.

O transtorno de ansiedade generalizada pode ser superdiagnosticado em crianças. Ao considerá-lo nessa população, uma avaliação minuciosa da presença de outros transtornos de ansiedade da infância e outros transtornos mentais deve ser feita para determinar se as preocupações podem ser mais bem explicadas por um deles. O transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade social (fobia social) e o transtorno obsessivo-compulsivo são com frequência acompanhados de preocupações que podem mimetizar aquelas descritas no transtorno de ansiedade generalizada. Por

exemplo, uma criança com transtorno de ansiedade social pode preocupar-se com seu desempenho escolar devido ao medo de humilhação. As preocupações com a saúde também podem ser mais bem explicadas pelo transtorno de ansiedade de separação ou pelo transtorno obsessivo-compulsivo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitação de danos foram associadas ao transtorno de ansiedade generalizada.

Ambientais. Embora as adversidades na infância e a superproteção parental tenham sido associadas ao transtorno de ansiedade generalizada, não foram identificados fatores ambientais específicos para o transtorno ou necessários ou suficientes para fazer o diagnóstico.

Genéticos e fisiológicos. Um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é genético. Os fatores genéticos se sobrepõem ao risco de neuroticismo e são compartilhados com outros transtornos de ansiedade e humor, particularmente o transtorno depressivo maior.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Existe considerável variação cultural na expressão do transtorno de ansiedade generalizada. Por exemplo, em algumas culturas, os sintomas somáticos predominam na expressão do transtorno, enquanto em outras tendem a predominar os sintomas cognitivos. Essa diferença pode ser mais evidente na apresentação inicial do que posteriormente, quando mais sintomas são relatados ao longo do tempo. Não existem informações sobre se a propensão à preocupação excessiva está relacionada à cultura, embora o tópico que causa a preocupação possa ser específico desta. É importante considerar o contexto social e cultural quando se avalia se as preocupações acerca de certas situações são excessivas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Em contextos clínicos, o transtorno de ansiedade generalizada é diagnosticado com frequência um pouco maior no sexo feminino do que no masculino (cerca de 55 a 60% dos indivíduos que se apresentam com o transtorno são do sexo feminino). Em estudos epidemiológicos, aproximadamente dois terços são do sexo feminino. Os indivíduos de ambos os sexos que experimentam o transtorno de ansiedade generalizada parecem ter sintomas similares, mas demonstram padrões diferentes de comorbidade compatíveis com as diferenças de gênero na prevalência dos transtornos. No sexo feminino, a comorbidade está em grande parte confinada a transtornos de ansiedade e depressão unipolar, enquanto, no masculino, a comorbidade tem mais probabilidade de também se estender aos transtornos por uso de substâncias.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade Generalizada

A preocupação excessiva prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho. A preocupação toma tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo. A preocupação excessiva pode prejudicar de forma importante a capacidade desses indivíduos de incentivar o sentimento de confiança em seus filhos.

O transtorno de ansiedade generalizada está associado a incapacidade e sofrimento significativos que são independentes dos transtornos comórbidos, e a maioria dos adultos não institucionalizados com o transtorno tem incapacidade moderada a grave. O transtorno corresponde a 110 milhões de dias de incapacidade por ano na população norte-americana.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. O diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser dado se a ansiedade e a preocupação são consideradas, com base na história, em achados laboratoriais ou em exame físico, efeito fisiológico de outra condição médica específica (p. ex., feocromocitoma, hipertireoidismo).

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. Um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento se diferencia do transtorno de ansiedade generalizada pelo fato de que uma substância ou medicamento (p. ex., droga de abuso, exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com a ansiedade. Por exemplo, a ansiedade grave que ocorre apenas no contexto de consumo pesado de café seria diagnosticada como transtorno de ansiedade induzido por cafeína.

Transtorno de ansiedade social. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social frequentemente têm ansiedade antecipatória que está focada nas próximas situações sociais em que devem apresentar um desempenho ou ser avaliados por outros, enquanto aqueles com transtorno de ansiedade generalizada se preocupam independentemente de estarem ou não sendo avaliados.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Diversas características distinguem a preocupação excessiva do transtorno de ansiedade generalizada dos pensamentos obsessivos do transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno de ansiedade generalizada, o foco da preocupação são os problemas que estão por vir, e a anormalidade é o excesso de preocupação acerca dos eventos futuros. No transtorno obsessivo-compulsivo, as obsessões são ideias inadequadas que assumem a forma de pensamentos, impulsos ou imagens intrusivos e indesejados.

Transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de adaptação. A ansiedade está invariavelmente presente no transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de ansiedade generalizada não é diagnosticado se a ansiedade e a preocupação são mais bem explicadas por sintomas de TEPT. A ansiedade também pode estar presente no transtorno de adaptação, mas essa categoria residual deve ser usada apenas quando os critérios não são satisfeitos para qualquer outro transtorno (incluindo o transtorno de ansiedade generalizada). Além disso, nos transtornos de adaptação, a ansiedade ocorre em resposta a um estressor identificável dentro de três meses do início do estressor e não persiste por mais de seis meses após o término do estressor e das suas consequências.

Transtornos depressivo, bipolar e psicótico. A ansiedade generalizada/medo é uma característica em geral associada dos transtornos depressivo, bipolar e psicótico e não deve ser diagnosticada separadamente se a preocupação excessiva ocorreu exclusivamente durante o curso dessas condições.

Comorbidade

Os indivíduos cuja apresentação satisfaz os critérios para transtorno de ansiedade generalizada provavelmente já preencheram, ou preenchem atualmente, os critérios para outro transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo unipolar. O neuroticismo ou labilidade emocional que acompanha esse padrão de comorbidade está associado a antecedentes temperamentais e a fatores de risco genéticos e ambientais compartilhados, embora caminhos independentes também sejam possíveis. A comorbidade com transtornos por uso de substâncias, da conduta, psicóticos, do neurodesenvolvimento e neurocognitivos é menos comum.

Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Ataques de pânico ou ansiedade proeminente predominam no quadro clínico.

B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de (1) ou (2):
   1. Os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas no Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno de ansiedade não induzido por substância/medicamento. As evidências de um transtorno de ansiedade independente podem incluir: Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (p. ex., cerca de um mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou existem evidências sugerindo a existência de um transtorno de ansiedade independente, não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas no Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves a ponto de indicar atenção clínica.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para os transtornos de ansiedade induzidos por [substância/medicamento específico] são indicados na tabela a seguir. Observe que o código da CID-10-MC depende da existência de um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido com o transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, o caractere da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes de transtorno de ansiedade induzido por substância (p. ex., "transtorno por uso de cocaína, leve, com transtorno de ansiedade induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido ao transtorno de ansiedade induzido por substância, o caractere da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não há transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após uma vez de uso pesado da substância), então o caractere da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar apenas transtorno de ansiedade induzido por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	**Com transtorno por uso, leve**	**Com transtorno por uso, moderado ou grave**	**Sem transtorno por uso**
Álcool	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Outro alucinógeno	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opioide	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Especificar se (ver a Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para diagnósticos associados à classe da substância):

Com início durante a intoxicação: Este especificador se aplica se são satisfeitos os critérios para intoxicação com a substância e se os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.
Com início durante a abstinência: Este especificador se aplica se são satisfeitos os critérios para abstinência da substância e se os sintomas se desenvolvem durante ou logo após uma síndrome de abstinência.
Com início após o uso de medicamento: Os sintomas podem aparecer no início do uso de medicamento ou após uma modificação ou mudança no uso.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (p. ex., cocaína, salbutamol) presumivelmente causadora dos sintomas de ansiedade. O código diagnóstico é escolhido na tabela inclusa no conjunto de critérios, o qual é baseado na classe da substância. Para as substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (p. ex., salbutamol), o código para "outra substância" deve ser usado; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, a categoria "substância desconhecida" deve ser usada.

O nome do transtorno é seguido pela especificação de início (i.e., com início durante a intoxicação, com início durante a abstinência, com início durante uso de medicamento). Diferentemente dos procedimentos de registro para a CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substância em um único código, na CID-9-MC é dado um código diagnóstico separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas de ansiedade que ocorrem durante a abstinência em um homem com um transtorno por uso de lorazepam grave, o diagnóstico é 292.89 transtorno de ansiedade induzido por lorazepam, com início durante a abstinência. Um diagnóstico adicional de 304.10 transtorno por uso de lorazepam grave também é dado. Quando mais de uma substância é considerada como desempenhando um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas de ansiedade, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., 292.89 transtorno de ansiedade induzido por metilfenidato, com início durante a intoxicação; 292.89 transtorno de ansiedade induzido por salbutamol, com início após o uso do medicamento).

CID-10-MC. O nome do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (p. ex., cocaína, salbutamol) presumivelmente causadora dos sintomas de ansiedade. O código diagnóstico é escolhido na tabela inclusa no conjunto de critérios, o qual está baseado na classe da substância e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para as substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (p. ex., salbutamol), o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, a categoria "substância desconhecida" deve ser usada.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra "com", seguida pelo nome do transtorno de ansiedade induzido por substância, seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência, com início durante o uso de medicamento). Por exemplo, no caso de sintomas de ansiedade que ocorrem durante a abstinência em um homem com um transtorno por uso de lorazepam grave, o diagnóstico é F13.280 transtorno por uso de lorazepam grave com transtorno de ansiedade induzido por lorazepam, com início durante a abstinência. Um diagnóstico separado de transtorno por uso de lorazepam grave comórbido não é dado. Se o transtorno de ansiedade induzido por substância ocorre sem um transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após uma vez de uso pesado da substância), não é anotado nenhum transtorno por uso de substância (p. ex., F16.980 transtorno de ansiedade induzido por psilocibina, com início durante a intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como desempenhando um papel significativo no desenvolvimento de sintomas de ansiedade, cada uma deve ser listada separadamente (p. ex., F15.280 transtorno por uso de metilfenidato com transtorno de ansiedade

induzido por metilfenidato, com início durante a intoxicação; F19.980 transtorno de ansiedade induzido por salbutamol, com início após o uso do medicamento).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento são sintomas proeminentes de pânico ou ansiedade (Critério A) que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina). Os sintomas de pânico ou ansiedade devem ter-se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição a um medicamento, e as substâncias ou medicamentos devem ser capazes de produzir os sintomas (Critério B2). O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou outra condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo o medicamento (ou durante a abstinência, se uma abstinência está associada ao medicamento). Depois que o tratamento é descontinuado, os sintomas de pânico ou ansiedade em geral irão melhorar ou ter remissão em um espaço de dias até várias semanas ou um mês (dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de abstinência). O diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento não deve ser dado se o início dos sintomas de pânico ou ansiedade precede a intoxicação ou a abstinência da substância/medicamento ou se os sintomas persistem por um período de tempo substancial (i.e., em geral por mais de um mês) desde o momento da intoxicação grave ou da abstinência. Se os sintomas de pânico ou ansiedade persistem por períodos substanciais de tempo, outras causas para os sintomas devem ser consideradas.

O diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou de abstinência de substância apenas quando os sintomas no Critério A são predominantes no quadro clínico e são suficientemente graves para indicar atenção clínica independente.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Pânico ou ansiedade podem ocorrer em associação com intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: álcool, cafeína, *Cannabis*, fenciclidina, outros alucinógenos, inalantes, estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Pânico ou ansiedade podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes (incluindo cocaína), e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Alguns medicamentos que evocam sintomas de ansiedade incluem anestésicos e analgésicos, simpatomiméticos ou outros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, compostos para tireoide, contraceptivos orais, anti-histamínicos, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteroides, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de lítio, medicamentos antipsicóticos e medicamentos antidepressivos. Metais pesados e toxinas (p. ex., inseticidas organofosforados, gases asfixiantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono, substâncias voláteis, como gasolina e tinta) também podem causar sintomas de pânico ou ansiedade.

Prevalência

A prevalência do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento não é clara. Dados da população em geral sugerem que ele pode ser raro, com prevalência de 12 meses de 0,002%. Entretanto, em populações clínicas, a prevalência é provavelmente mais alta.

Marcadores Diagnósticos

Avaliações laboratoriais (p. ex., toxicologia urinária) podem ser úteis para medir a intoxicação por substância como parte de uma avaliação para o transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância. Os sintomas de ansiedade ocorrem comumente em intoxicação ou abstinência de substância. O diagnóstico de intoxicação por substância específica ou abstinência de substância específica em geral será suficiente para categorizar a apresentação do sintoma. Um diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância deve ser feito além de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância quando os sintomas de pânico ou ansiedade são predominantes no quadro clínico e são suficientemente graves a ponto de indicar atenção clínica independente. Por exemplo, sintomas de pânico ou ansiedade são um aspecto característico da abstinência de álcool.

Transtorno de ansiedade (i.e., não induzido por uma substância/medicamento). O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento é considerado etiologicamente relacionado a substância/medicamento. É diferenciado de um transtorno de ansiedade primário com base no início, no curso e em outros fatores que dizem respeito às substâncias/medicamentos. Para drogas de abuso, deve haver evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de uso, intoxicação ou abstinência. Os transtornos de ansiedade induzidos por substância/medicamento surgem somente em associação com estados de intoxicação ou abstinência, enquanto os transtornos de ansiedade primários podem preceder o início do uso de substância/medicamento. A presença de características atípicas de um transtorno de ansiedade primário, tais como idade atípica de início (p. ex., início de transtorno de pânico após os 45 anos) ou sintomas (p. ex., sintomas atípicos de ataque de pânico, como vertigem, perda de equilíbrio, perda da consciência, perda de controle da bexiga, cefaleias, fala confusa), pode sugerir uma etiologia induzida por substância/medicamento. Um diagnóstico de transtorno de ansiedade primário é justificado se os sintomas de pânico ou ansiedade persistem por um período de tempo substancial (cerca de um mês ou mais) após o fim da intoxicação por substância ou da abstinência aguda ou se existe história de um transtorno de ansiedade.

***Delirium*.** Se os sintomas de pânico ou ansiedade ocorrem exclusivamente durante o curso de um episódio de *delirium*, são considerados uma característica associada ao *delirium* e não são diagnosticados separadamente.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. Se os sintomas de pânico ou ansiedade são atribuídos às consequências fisiológicas de outra condição médica (i.e., em vez de atribuídos a medicamento tomado para a condição médica), um transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diagnosticado. A história com frequência fornece a base para esse julgamento. Ocasionalmente, uma alteração no tratamento para outra condição médica (p. ex., substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar se o medicamento é o agente causador (caso em que os sintomas podem ser mais bem explicados pelo transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento). Se a perturbação é devida a outra condição médica e uso de substância, ambos os diagnósticos (i.e., transtorno de ansiedade devido a outra condição médica e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Quando existem evidências insuficientes para determinar se os sintomas de pânico ou ansiedade são devidos a uma substância/medicamento ou a outra condição médica ou se são primários (i.e., não atribuíveis a uma substância ou a outra condição médica), um diagnóstico de outro transtorno de ansiedade especificado ou não especificado seria indicado.

Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos **293.84 (F06.4)**

A. Ataques de pânico ou ansiedade predominam no quadro clínico.

B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 293.84 [F06.4] transtorno de ansiedade devido a feocromocitoma). A outra condição médica deve ser codificada e listada em separado imediatamente antes do transtorno de ansiedade devido à condição médica (p. ex., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] transtorno de ansiedade devido a feocromocitoma).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade devido a outra condição médica é uma ansiedade clinicamente significativa que pode ser mais bem explicada como um efeito fisiológico direto de outra condição médica. Os sinais podem incluir sintomas proeminentes de ansiedade ou ataques de pânico (Critério A). O julgamento de que os sintomas são mais bem explicados pela condição física associada deve estar baseado em evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais (Critério B). Além disso, deve ser julgado se os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental, em particular o transtorno de adaptação, com ansiedade, no qual o estressor é a condição médica (Critério C). Nesse caso, um indivíduo com transtorno de adaptação está especialmente angustiado acerca do significado ou das consequências da condição médica associada. Em contraste, existe com frequência um componente físico proeminente para a ansiedade (p. ex., falta de ar) quando esta se deve a outra condição médica. O diagnóstico não é feito se os sintomas de ansiedade ocorrem apenas durante o curso de *delirium* (Critério D). Os sintomas de ansiedade devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).

Ao determinar se os sintomas de ansiedade se devem a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, estabelecer a presença da condição médica. Além disso, deve ser estabelecido se os sintomas de ansiedade podem ser etiologicamente relacionados à condição médica geral por meio de um mecanismo fisiológico antes de fazer um julgamento de que essa é a melhor explicação para os sintomas em um indivíduo específico. Uma avaliação criteriosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para esse julgamento. Vários aspectos da apresentação clínica devem ser considerados: 1) a presença de associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica e os sintomas de ansiedade; 2) a presença de aspectos atípicos de um transtorno de ansiedade primário (p. ex., idade de início ou curso atípicos); e 3) evidências na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (p. ex., hipertireoidismo) causa a ansiedade. Além disso, a perturbação não é mais bem explicada por um transtorno de ansiedade primário, um transtorno de ansiedade induzido por substância ou outro transtorno mental primário (p. ex., transtorno de adaptação).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Inúmeras condições médicas incluem a ansiedade como uma manifestação sintomática. Exemplos incluem doença endócrina (p. ex., hipertireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hipercortisolismo), distúrbios cardiovasculares (p. ex., insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmias como a fibrilação atrial), doença respiratória (p. ex., doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonia), distúrbios metabólicos (p. ex., deficiência de vitamina B_{12}, porfiria) e doença neurológica (p. ex., neoplasias, disfunção vestibular, encefalite, transtornos convulsivos). A ansiedade devida a outra condição médica é diagnosticada quando a condição médica induz ansiedade e precedeu o início desta.

Prevalência

A prevalência do transtorno de ansiedade devido a outra condição médica é incerta. Parece haver prevalência elevada dos transtornos de ansiedade entre indivíduos com uma variedade de condições médicas, incluindo asma, hipertensão, úlcera e artrite. No entanto, essa prevalência aumentada pode se dever a outras razões, além do transtorno de ansiedade causando diretamente a condição médica.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e o curso do transtorno de ansiedade devido a outra condição médica geralmente seguem o curso da doença subjacente. Esse diagnóstico não pretende incluir transtornos de ansiedade primários que surgem no contexto de doença médica crônica. Isso é importante de ser considerado com adultos mais velhos, que podem experimentar doença médica crônica e então desenvolver transtornos de ansiedade independentes, secundários a essa doença.

Marcadores Diagnósticos

Avaliações laboratoriais e/ou exames médicos são necessários para confirmar o diagnóstico da condição médica associada.

Diagnóstico Diferencial

Delirium. Um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica não é dado se o transtorno de ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso de um episódio de *delirium*. Entretanto, um diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica pode se sobrepor a um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior (demência) se a etiologia da ansiedade for uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo e se a ansiedade representa uma parte proeminente da apresentação clínica.

Apresentação mista dos sintomas (p. ex., humor e ansiedade). Se a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas, o transtorno mental específico devido a outra condição médica depende dos sintomas predominantes no quadro clínico.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. Se existem evidências de uso recente ou prolongado de substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento deve ser considerado. Certos medicamentos são conhecidos por aumentar a ansiedade (p. ex., corticosteroides, estrogênio, metoclopramida), e, quando este é o caso, o medicamento pode ser a etiologia mais provável, embora possa ser difícil diferenciar se a ansiedade se deve aos medicamentos ou à própria doença médica. Quando um diagnóstico de ansiedade induzida por substância está sendo feito em relação a drogas recreativas ou não prescritas, pode ser útil obter um exame de drogas na urina ou no sangue ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (i.e., em quatro semanas) intoxicação ou abstinência de substância ou após o uso de medicamento podem ser especialmente indicativos de um transtorno de ansiedade induzido por substância, dependendo do tipo, da duração ou da quantidade da substância usada. Se a perturbação está associada a outra condição médica e ao uso de substância, ambos os diagnósticos (i.e., transtorno de ansiedade devido a outra condição médica e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento) podem ser estabelecidos. Características como o início após os 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (vertigem, perda da consciência, perda de controle da bexiga e intestino, fala confusa, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possa estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Transtorno de ansiedade (não devido a uma condição médica conhecida). O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado de outros transtornos de ansiedade (especialmente os transtornos de pânico e de ansiedade generalizada). Em outros transtornos de ansiedade, não podem ser demonstrados mecanismos fisiológicos causadores específicos e diretos associados a outra condição médica. Idade de início tardia, sintomas atípicos e ausência de história pessoal ou familiar de transtornos de ansiedade sugerem a necessidade de uma completa avaliação para descartar o diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. Os transtornos de ansiedade podem exacerbar ou acarretar risco aumentado para condições médicas como eventos cardiovasculares e infarto do miocárdio e não devem ser diagnosticados como transtorno de ansiedade devido a outra condição médica nesses casos.

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado do transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade de doença é caracterizado pela preocupação com doença, preocupação com dor e preocupações corporais. No caso desse transtorno, os indivíduos podem ou não ter condições médicas diagnosticadas. Embora uma pessoa com transtorno de ansiedade de doença e uma condição médica diagnosticada tenha probabilidade de experimentar ansiedade acerca da condição médica, esta não está fisiologicamente relacionada aos sintomas de ansiedade.

Transtornos de adaptação. O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado de transtornos de adaptação, com ansiedade ou com ansiedade e humor depressivo. O transtorno de adaptação é justificado quando os indivíduos experimentam uma resposta desadaptativa ao estresse de ter outra condição médica. A reação ao estresse em geral se refere ao significado ou às consequências do estresse, quando comparada com a experiência de ansiedade ou sintomas de humor que ocorrem como consequência fisiológica da outra condição médica. No transtorno de adaptação, os sintomas de ansiedade estão geralmente relacionados ao enfrentamento do estresse de ter uma condição médica geral, enquanto, no transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os indivíduos têm mais probabilidade de ter sintomas físicos proeminentes e de estar focados em outras questões além do estresse da doença em si.

Característica associada de outro transtorno mental. Os sintomas de ansiedade podem ser uma característica associada de outro transtorno mental (p. ex., esquizofrenia, anorexia nervosa).

Outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado. Este diagnóstico é dado caso não possa ser determinado se os sintomas de ansiedade são primários, induzidos por substância ou se estão associados a outra condição médica.

Outro Transtorno de Ansiedade Especificado

300.09 (F41.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos de ansiedade. A categoria outro transtorno de ansiedade especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno de ansiedade específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno de ansiedade especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "ansiedade generalizada não ocorrendo na maioria dos dias").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno de ansiedade especificado" incluem:

1. **Ataques com sintomas limitados.**
2. **Ansiedade generalizada não ocorrendo na maioria dos dias.**
3. ***Khyâl cap* (ataques de vento):** Ver o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" no Apêndice deste Manual.
4. ***Ataque de nervios* (ataque de nervos):** Ver o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" no Apêndice deste Manual.

Transtorno de Ansiedade Não Especificado

300.00 (F41.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos de ansiedade. A categoria transtorno de ansiedade não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno de ansiedade específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados incluem transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), transtorno de escoriação (*skin-picking*), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devidos a outra condição médica, outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado e transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado (p. ex., transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo, ciúme obsessivo).

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. *Obsessões* são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto *compulsões* são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Alguns outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados também são caracterizados por preocupações e por comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a preocupações. Outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados são caracterizados principalmente por comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo (p. ex., arrancar os cabelos, beliscar a pele) e tentativas repetidas de reduzi-los ou pará-los.

A inclusão de um capítulo sobre os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados no DSM-5 reflete as crescentes evidências da relação desses transtornos entre si em termos de uma gama de validadores diagnósticos, bem como a utilidade clínica de agrupá-los em um mesmo capítulo. Os clínicos são encorajados a avaliar essas condições em indivíduos que se apresentam com uma delas e a terem conhecimento das sobreposições existentes entre elas. Ao mesmo tempo, há diferenças importantes nos validadores diagnósticos e nas abordagens de tratamento entre esses transtornos. Além do mais, existem relações íntimas entre os transtornos de ansiedade e alguns dos transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados (p. ex., TOC), o que se reflete na sequência dos capítulos do DSM-5, com os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados vindo logo após os transtornos de ansiedade.

Os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados diferem das preocupações e rituais típicos das diferentes fases de desenvolvimento por serem excessivos e persistirem além dos períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. A distinção entre a presença de sintomas subclínicos e um transtorno clínico requer a avaliação de inúmeros fatores, incluindo o nível de sofrimento do indivíduo e o prejuízo no funcionamento.

O capítulo inicia com o TOC. Segue abordando o transtorno dismórfico corporal e o transtorno de acumulação, que são caracterizados por sintomas cognitivos, como a percepção de defeitos ou falhas na aparência física ou a percepção da necessidade de guardar os pertences, respectivamente. Em seguida, o capítulo inclui a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e o transtorno de escoriação (*skin-picking*), que são caracterizados por comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo. Finalmente, abrange o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado e transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado.

Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, certas dimensões dos sintomas são comuns no TOC, incluindo as de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões de repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (p. ex., obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas); e ferimentos (p. ex., medo de ferir a si mesmo ou aos outros e compulsões de verificação relacionadas). O especificador de TOC relacionado a tique é usado quando um indivíduo tem um transtorno de tique atual ou uma história passada.

O transtorno dismórfico corporal é caracterizado pela preocupação com a percepção de um ou mais defeitos ou falhas na aparência física que não são observáveis ou parecem apenas leves para os outros e por comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p. ex., comparar a própria aparência com a de outra pessoa) em resposta às preocupações com a aparência. As preocupações com a aparência não são mais bem explicadas por preocupações com gordura ou peso corporal em um indivíduo com um transtorno alimentar. A dismorfia muscular é uma forma de transtorno dismórfico corporal caracterizado pela crença de que a estrutura corporal do indivíduo é muito pequena e insuficientemente musculosa.

O transtorno de acumulação é caracterizado pela dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente de seu valor real, em consequência de uma forte percepção da necessidade de conservá-los e do sofrimento associado ao seu descarte. O transtorno de acumulação se diferencia do colecionar normal. Por exemplo, os sintomas do transtorno de acumulação resultam na acumulação de inúmeros pertences que congestionam e obstruem áreas em uso até o ponto em que o uso pretendido é substancialmente comprometido. A forma de aquisição excessiva do transtorno de acumulação, que caracteriza a maioria, mas não todos os indivíduos com o transtorno, consiste no acúmulo excessivo, compra ou roubo de itens que não são necessários ou para os quais não há espaço disponível.

A tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) é caracterizada pelo comportamento recorrente de arrancar os próprios cabelos resultando em perda de cabelo e tentativas repetidas de reduzir ou parar de arrancá-los. O transtorno de escoriação (*skin-picking*) é caracterizado por beliscar a própria pele de forma recorrente, resultando em lesões cutâneas, e tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscá-la. Os comportamentos repetitivos focados no corpo que caracterizam esses dois transtornos não são desencadeados por obsessões ou preocupações; entretanto, podem ser precedidos ou acompanhados por vários estados emocionais, como sentimentos de ansiedade ou tédio. Eles também podem ser precedidos por uma sensação aumentada de tensão ou podem levar a gratificação, prazer ou sentimento de alívio quando o cabelo é arrancado ou a pele é beliscada. Os indivíduos com esses transtornos podem ter graus variados de consciência do comportamento enquanto o praticam, com alguns exibindo atenção mais focada no comportamento (com a tensão precedendo e alívio posterior), e outros, comportamento mais automático (com os comportamentos parecendo ocorrer sem consciência completa).

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento consiste em sintomas que se devem à intoxicação ou à abstinência de uma substância ou medicamento. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica envolve sintomas característicos de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado que são consequência fisiopatológica direta de um transtorno médico. Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado e o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado consistem em sintomas que não satisfazem os critérios para transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a apresentação atípica ou etiologia incerta; essas categorias também são usadas para outras síndromes específicas que não estão listadas na Seção II e quando existe informação disponível insuficiente para diagnosticar a apresentação como outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado. Exemplos de síndromes específicas não listadas na Seção II e, portanto, diagnosticadas como outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado ou como transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado incluem comportamento repetitivo focado no corpo e ciúme obsessivo.

Transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados que têm um componente cognitivo têm o *insight* como base para os especificadores; em cada um desses transtornos, o *insight*

varia de "*insight* bom ou razoável" até "*insight* pobre" ou "*insight* ausente/crenças delirantes" com respeito às crenças relacionadas ao transtorno. Para os indivíduos cujos sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno relacionado justificam o especificador "com *insight* ausente/crenças delirantes", esses sintomas não devem ser diagnosticados como um transtorno psicótico.

Transtorno Obsessivo-compulsivo

Critérios Diagnósticos **300.3 (F42)**

A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:
   Obsessões são definidas por (1) e (2):
   1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.
   2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

   As compulsões são definidas por (1) e (2):
   1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
   2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.
      Nota: Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.

B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [*skin-picking*]; estereotipias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafílicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; ruminações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).

Especificar se:

Com *insight* bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com *insight* pobre: O indivíduo acredita que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

Com *insight* ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.

Especificar se:

Relacionado a tique: O indivíduo tem história atual ou passada de um transtorno de tique.

Especificadores

Muitos indivíduos com TOC têm crenças disfuncionais. Essas crenças podem incluir senso aumentado de responsabilidade e tendência a superestimar a ameaça; perfeccionismo e intolerância à incerteza; e importância excessiva dos pensamentos (p. ex., acreditar que ter um pensamento proibido é tão ruim quanto executá-lo) e necessidade de controlá-los.

Os indivíduos com TOC variam no grau de *insight* que têm quanto à exatidão das crenças subjacentes aos seus sintomas obsessivo-compulsivos. Muitos têm *insight bom* ou *razoável* (p. ex., o indivíduo acredita que a casa definitivamente não irá, provavelmente não irá ou pode ou não incendiar se o fogão não for verificado 30 vezes). Alguns têm *insight pobre* (p. ex., o indivíduo acredita que a casa provavelmente irá incendiar se o fogão não for verificado 30 vezes), e poucos (menos de 4%) têm *insight ausente/crenças delirantes* (p. ex., o indivíduo está convencido de que a casa irá incendiar se o fogão não for verificado 30 vezes). O *insight* pode variar em um indivíduo durante o curso da doença. O *insight* mais pobre foi vinculado a pior evolução no longo prazo.

Até 30% dos indivíduos com TOC têm um transtorno de tique ao longo da vida. Isso é mais comum no sexo masculino com início do TOC na infância. Esses indivíduos tendem a diferir daqueles sem história de transtornos de tique nos temas dos seus sintomas obsessivo-compulsivos, comorbidade, curso e padrão de transmissão familiar.

Características Diagnósticas

O sintoma característico do TOC é a presença de obsessões e compulsões (Critério A). *Obsessões* são pensamentos repetitivos e persistentes (p. ex., de contaminação), imagens (p. ex., de cenas violentas ou horrorizantes) ou impulsos (p. ex., apunhalar alguém). É importante observar que as obsessões não são prazerosas ou experimentadas como voluntárias: são intrusivas e indesejadas e causam acentuado sofrimento ou ansiedade na maioria das pessoas. O indivíduo tenta ignorá-las ou suprimi-las (p. ex., evitando os desencadeantes ou usando a supressão do pensamento) ou neutralizá-las com outro pensamento ou ação (p. ex., executando uma compulsão). *Compulsões* (ou rituais) são comportamentos repetitivos (p. ex., lavar, verificar) ou atos mentais (p. ex., contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. A maioria das pessoas com TOC tem obsessões e compulsões. As compulsões são geralmente executadas em resposta a uma obsessão (p. ex., pensamentos de contaminação levando a rituais de lavagem ou pensamentos de que alguma coisa está incorreta levando à repetição de rituais até parecer "direita" [*just right*)]. O objetivo é reduzir o sofrimento desencadeado pelas obsessões ou evitar um evento temido (p. ex., ficar doente). Contudo, essas compulsões não estão conectadas de forma realista ao evento temido (p. ex., organizar itens simetricamente para evitar danos a uma pessoa amada) ou são claramente excessivas (p. ex., tomar banho durante horas todos os dias). As compulsões não são executadas por prazer, embora alguns indivíduos experimentem alívio da ansiedade ou sofrimento.

O Critério B enfatiza que as obsessões e compulsões devem tomar tempo (p. ex., mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos para justificar um diagnóstico de TOC. Esse critério ajuda a distinguir o transtorno dos pensamentos intrusivos ocasionais ou comportamentos repetitivos que são comuns na população em geral (p. ex., verificar duas vezes se a porta está trancada). A frequência e a gravidade das obsessões e compulsões variam entre os indivíduos com TOC (p. ex., alguns têm sintomas leves a moderados, passando 1 a 3 horas por dia com obsessões ou executando compulsões, enquanto outros têm pensamentos intrusivos ou compulsões quase constantes que podem ser incapacitantes).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos. Entretanto, certos temas, ou dimensões, são comuns, incluindo os de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões por repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (p. ex., obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas); e danos (p. ex., medo de causar danos a si mesmo ou a outros e compul-

sões de verificação). Algumas pessoas também têm dificuldades em descartar e acumulam objetos como uma consequência de obsessões e compulsões típicas, como o medo de causar danos a outras pessoas. Esses temas ocorrem em diferentes culturas, são relativamente consistentes ao longo do tempo em adultos com o transtorno e podem estar associados a diferentes substratos neurais. É importante observar que os indivíduos com frequência têm sintomas em mais de uma dimensão.

As pessoas com TOC experimentam uma gama de respostas afetivas quando confrontadas com situações que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, muitos indivíduos experimentam ansiedade acentuada que pode incluir ataques de pânico recorrentes. Outros relatam fortes sentimentos de nojo. Enquanto executam as compulsões, algumas pessoas relatam uma angustiante sensação de "incompletude" ou inquietação até que as coisas pareçam ou soem "direitas" (*just right*).

É comum que indivíduos com o transtorno evitem pessoas, lugares e coisas que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, indivíduos com preocupações com contaminação podem evitar situações públicas (p. ex., restaurantes, banheiros públicos) para reduzir a exposição aos contaminantes temidos; pessoas com pensamentos intrusivos sobre causar danos podem evitar as interações sociais.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do TOC nos Estados Unidos é de 1,2%, com uma prevalência similar internacionalmente (1,1 a 1,8%). O sexo feminino é afetado em uma taxa um pouco mais alta do que o masculino na idade adulta, embora este seja mais comumente afetado na infância.

Desenvolvimento e Curso

Nos Estados Unidos, a idade média de início do TOC é 19,5 anos, e 25% dos casos iniciam-se até os 14 anos de idade. O início após os 35 anos é incomum, mas ocorre. Indivíduos do sexo masculino têm idade mais precoce de início do que os do sexo feminino: cerca de 25% dos homens têm o transtorno antes dos 10 anos. O início dos sintomas é geralmente gradual; entretanto, um início agudo também tem sido relatado.

Quando o TOC não é tratado, seu curso é, em geral, crônico, frequentemente com os sintomas tendo aumentos e diminuições de intensidade. Alguns indivíduos têm um curso episódico, e uma minoria tem um curso de deterioração. Sem tratamento, as taxas de remissão em adultos são baixas (p. ex., 20% para aqueles reavaliados 40 anos depois). O início na infância ou na adolescência pode fazer o TOC permanecer durante a vida inteira. No entanto, 40% dos indivíduos com início do transtorno na infância ou na adolescência podem experimentar remissão até o início da idade adulta. O curso do TOC é com frequência complicado pela concomitância de outros transtornos (ver a seção "Comorbidade" para esse transtorno).

As compulsões são mais facilmente diagnosticadas em crianças do que as obsessões porque as primeiras são observáveis. No entanto, a maioria das crianças tem obsessões e compulsões (como a maioria dos adultos). O padrão de sintomas em adultos pode ser estável ao longo do tempo, porém é mais variável em crianças. Algumas diferenças no conteúdo das obsessões e compulsões foram relatadas quando amostras de crianças e adolescentes foram comparadas com amostras de adultos. Essas diferenças provavelmente refletem um conteúdo apropriado aos diferentes estágios do desenvolvimento (p. ex., taxas mais altas de obsessões sexuais e religiosas em adolescentes do que em crianças; taxas mais altas de obsessões por danos [p. ex., medo de eventos catastróficos, como doença ou a própria morte ou de pessoas amadas] em crianças e adolescentes do que em adultos).

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Mais sintomas internalizantes, afetividade negativa mais alta e inibição do comportamento na infância são possíveis fatores de risco temperamentais.

Ambientais. Abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos foram associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de TOC. Algumas crianças podem desenvolver o início abrupto de sintomas obsessivo-compulsivos, o que foi associado a diferentes fatores ambientais, incluindo vários agentes infecciosos e uma síndrome autoimune pós-infecciosa.

Genéticos e fisiológicos. A taxa de TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com o transtorno é aproximadamente duas vezes a de parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno; no entanto, entre os parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou adolescência, a taxa é aumentada em 10 vezes. A transmissão familiar deve-se, em parte, a fatores genéticos (p. ex., uma taxa de concordância de 0,57 para gêmeos monozigóticos vs. 0,22 para gêmeos dizigóticos). Disfunção no córtex orbitofrontal, no córtex cingulado anterior e no estriado tem sido mais fortemente envolvida.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O TOC ocorre em todo o mundo. Existem semelhanças substanciais entre as culturas na distribuição por gênero, idade de início e comorbidade do transtorno. Além do mais, em todo o globo existe uma estrutura de sintomas similar envolvendo limpeza, simetria, acúmulo, pensamentos tabus ou medo de danos. No entanto, existem variações regionais na expressão dos sintomas, e os fatores culturais podem moldar o conteúdo das obsessões e compulsões.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O sexo masculino tem idade de início mais precoce de TOC do que o feminino, além de maior probabilidade de ter transtornos de tique comórbidos. Diferenças de gênero no padrão das dimensões dos sintomas foram relatadas, por exemplo, com o sexo feminino tendo maior probabilidade de apresentar sintomas na dimensão da limpeza, e o masculino, nas dimensões dos pensamentos proibidos e de simetria. O início ou a exacerbação do TOC, assim como os sintomas que podem interferir na relação mãe-bebê (p. ex., obsessões agressivas levando à esquiva do bebê), foram relatados no período do periparto.

Risco de Suicídio

Pensamentos suicidas ocorrem em algum momento em cerca de metade dos indivíduos com TOC. Tentativas de suicídio também são relatadas em até um quarto daqueles com o transtorno; a presença de transtorno depressivo maior comórbido aumenta o risco.

Consequências Funcionais do Transtorno Obsessivo-compulsivo

O TOC está associado a uma qualidade de vida reduzida, assim como a altos níveis de prejuízo social e profissional. O prejuízo ocorre em muitos domínios diferentes da vida e está associado à gravidade do sintoma. Pode ser causado pelo tempo dispendido em obsessões e executando compulsões. A esquiva de situações que podem desencadear as obsessões ou compulsões também pode restringir gravemente o funcionamento. Além disso, sintomas específicos podem criar obstáculos específicos. Por exemplo, obsessões sobre danos podem fazer as relações com a família e os amigos parecerem perigosas; o resultado pode ser a esquiva dessas relações. Obsessões sobre simetria podem impedir a conclusão oportuna dos projetos escolares ou de trabalho porque o projeto nunca parece "direito", potencialmente resultando em fracasso escolar ou perda de emprego. Consequências de saúde também podem ocorrer. Por exemplo, os indivíduos com preocupações com contaminação podem evitar consultórios médicos e hospitais (p. ex., devido ao medo da exposição a germes) ou desenvolver problemas dermatológicos (p. ex., lesões cutâneas devido à lavagem excessiva). Ocasionalmente, os sintomas do transtorno interferem no próprio tratamento (p. ex., quando os medicamentos são considerados contaminados). Quando o transtorno começa na infância ou na adolescência, os indivíduos podem experimentar dificuldades desenvolvimentais. Por exemplo, adolescentes podem evitar a socialização com os colegas; jovens adultos podem ter dificuldades quando saem de casa para viver de forma independente. O resultado pode ser poucas relações significativas fora da família e falta de autonomia e de independência financeira em relação à família de origem. Além disso, alguns indivíduos com TOC tentam impor regras e proibições aos membros da família devido ao transtorno (p. ex., ninguém na família pode receber visitas em casa por medo de contaminação), e isso pode levar à disfunção familiar.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de ansiedade. Pensamentos recorrentes, comportamentos de esquiva e solicitações repetitivas de tranquilização também podem ocorrer nos transtornos de ansiedade. Entretanto, os pensamentos recorrentes que estão presentes no transtorno de ansiedade generalizada (i.e., preocupações) são geralmente relacionados a preocupações da vida real, enquanto as obsessões do TOC não costumam envolver preocupações da vida real e podem incluir conteúdo estranho, irracional ou de natureza aparentemente mágica; além disso, as compulsões frequentemente estão presentes e em geral são ligadas às obsessões. Assim como os indivíduos com TOC, aqueles com fobia específica podem ter uma reação de medo a objetos ou situações específicas; no entanto, na fobia específica, o objeto temido está geralmente muito mais circunscrito, e os rituais não estão presentes. No transtorno de ansiedade social (fobia social), os objetos ou situações temidas estão limitados às interações sociais, e a esquiva ou busca de tranquilização é focada na redução desse medo social.

Transtorno depressivo maior. O TOC pode ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes; além disso, as ruminações não estão ligadas a compulsões, como é típico no TOC.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados. No transtorno dismórfico corporal, as obsessões e compulsões estão limitadas a preocupações acerca da aparência física, e, na tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), o comportamento compulsivo está limitado a arrancar os cabelos na ausência de obsessões. Os sintomas do transtorno de acumulação focam exclusivamente na dificuldade persistente de descartar ou dispor dos pertences, no sofrimento acentuado associado ao descarte de itens e na acumulação excessiva de objetos. No entanto, se um indivíduo tem obsessões típicas de TOC (p. ex., preocupações acerca de incompletude ou danos), e essas obsessões conduzem a comportamentos compulsivos de acumulação (p. ex., adquirindo todos os objetos de um conjunto para alcançar uma sensação de completude ou não descartar jornais velhos porque eles podem conter informações que poderiam evitar danos), um diagnóstico de TOC deve ser dado.

Transtornos alimentares. O TOC pode ser diferenciado da anorexia nervosa na medida em que no TOC as obsessões e compulsões não estão limitadas a preocupações acerca do peso e dos alimentos.

Tiques (no transtorno de tique) e movimentos estereotipados. Um *tique* é um movimento motor ou vocalização súbito, rápido, recorrente e não rítmico (p. ex., piscar os olhos, pigarrear). Um *movimento estereotipado* é um comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, não funcional (p. ex., bater a cabeça, balançar o corpo, morder a si mesmo). Os tiques e os movimentos estereotipados são geralmente menos complexos do que as compulsões e não visam neutralizar as obsessões. Entretanto, a distinção entre tiques e compulsões complexos pode ser difícil. Enquanto as compulsões costumam ser precedidas por obsessões, os tiques são, com frequência, precedidos por impulsos sensoriais premonitórios. Alguns indivíduos têm sintomas de TOC e transtorno de tique, em cujo caso ambos os diagnósticos devem ser indicados.

Transtornos psicóticos. Alguns indivíduos com TOC têm *insight* pobre ou mesmo crenças de TOC delirantes. Contudo, eles têm obsessões e compulsões (distinguindo sua condição do transtorno delirante) e não têm outras características de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (p. ex., alucinações ou transtorno do pensamento formal).

Outros comportamentos do tipo compulsivo. Certos comportamentos são ocasionalmente descritos como "compulsivos", incluindo comportamento sexual (no caso das parafilias), jogo (i.e., transtorno do jogo) e uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool). No entanto, tais comportamentos diferem das compulsões do TOC, pois a pessoa costuma obter prazer com a atividade e pode ter desejo de resistir à sua execução apenas em razão de suas consequências prejudiciais.

Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva. Embora o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e o TOC tenham nomes semelhantes, suas manifestações clínicas são bem diferentes. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva não é caracterizado por pensamentos intrusivos, imagens ou impulsos ou por comportamentos repetitivos que são executados

em resposta a essas intrusões; em vez disso, ele envolve um padrão mal-adaptativo duradouro e disseminado de perfeccionismo excessivo e controle rígido. Se um indivíduo manifesta sintomas de TOC e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Comorbidade

Os indivíduos com TOC frequentemente têm outra psicopatologia. Muitos adultos com o transtorno têm um diagnóstico de transtorno de ansiedade ao longo da vida (76%; p. ex., transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica) ou um transtorno depressivo ou bipolar (63% para qualquer transtorno depressivo ou bipolar, com o mais comum sendo o transtorno depressivo maior [41%]). O início do TOC é geralmente mais tardio do que para a maioria dos transtornos de ansiedade comórbidos (com exceção do transtorno de ansiedade de separação) e TEPT, mas com frequência precede o dos transtornos depressivos. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva comórbido também é comum em indivíduos com TOC (p. ex., variando de 23 a 32%).

Até 30% dos indivíduos com TOC também têm um transtorno de tique ao longo da vida. Um transtorno de tique comórbido é mais comum em indivíduos do sexo masculino com início de TOC na infância. Essas pessoas tendem a diferir daquelas sem história de transtornos de tique nos temas dos seus sintomas, na comorbidade, no curso e no padrão de transmissão familiar do TOC. Uma tríade de TOC, transtorno de tique e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade também pode ser vista em crianças.

Os transtornos que ocorrem com mais frequência em indivíduos com TOC do que naqueles sem o transtorno incluem vários transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados, tais como o transtorno dismórfico corporal, a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e o transtorno de escoriação (*skin-picking*). Por fim, foi relatada uma associação entre TOC e alguns transtornos caracterizados por impulsividade, como o transtorno de oposição desafiante.

O TOC também é muito mais comum em indivíduos com determinados transtornos do que seria esperado com base em sua prevalência na população em geral; quando um desses outros transtornos é diagnosticado, o indivíduo também deve ser avaliado para TOC. Por exemplo, em pessoas com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, a prevalência de TOC é de aproximadamente 12%. As taxas de TOC também são elevadas no transtorno bipolar; nos transtornos alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosa; e no transtorno de Tourette.

Transtorno Dismórfico Corporal

Critérios Diagnósticos **300.7 (F45.22)**

A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros.
B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p. ex., comparando sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência.
C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.

Especificar se:

Com dismorfia muscular: O indivíduo está preocupado com a ideia de que sua estrutura corporal é muito pequena ou insuficientemente musculosa. O especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que com frequência é o caso.

Especificar se:
Indicar o grau de *insight* em relação às crenças do transtorno dismórfico corporal (p. ex., "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado").

Com *insight* bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno dismórfico corporal são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com *insight* pobre: O indivíduo acredita que as crenças do transtorno dismórfico corporal são provavelmente verdadeiras.

Com *insight* ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno dismórfico corporal são verdadeiras.

Características Diagnósticas

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal (anteriormente conhecido como *dismorfofobia*) são preocupados com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física, que acreditam parecer feia, sem atrativos, anormal ou deformada (Critério A). As falhas percebidas não são observáveis ou parecem apenas leves para outros indivíduos. As preocupações variam desde parecer "sem atrativos" ou "não adequado" até parecer "hediondo" ou "como um monstro". Podem focar em uma ou mais áreas do corpo, mais comumente a pele (p. ex., percepção de acne, cicatrizes, rugas, palidez), os pelos (p. ex., cabelo "escasso" ou pelo corporal ou facial "excessivo") ou o nariz (p. ex., o tamanho ou formato). No entanto, qualquer área do corpo pode ser foco de preocupação (p. ex., olhos, dentes, peso, estômago, mamas, pernas, tamanho ou formato do rosto, lábios, queixo, sobrancelhas, genitais). Algumas pessoas são preocupadas com a percepção de assimetria de áreas corporais. As preocupações são intrusivas, indesejadas, tomam tempo (ocorrendo, em média, de 3 a 8 horas por dia) e geralmente são difíceis de resistir ou controlar.

Os comportamentos repetitivos ou atos mentais excessivos (p. ex., comparações) são executados em resposta à preocupação (Critério B). O indivíduo se sente compelido a executar esses comportamentos, os quais não são prazerosos e podem aumentar a ansiedade e a disforia. Eles geralmente tomam tempo e são difíceis de resistir ou controlar. Os comportamentos comuns são comparar a própria aparência com a de outros indivíduos; verificar repetidamente os defeitos percebidos em espelhos ou em outras superfícies refletoras ou examiná-los diretamente; arrumar-se de maneira excessiva (p. ex., penteando, barbeando, depilando ou arrancando os pelos); camuflar (p. ex., aplicando maquiagem repetidamente ou cobrindo as áreas em questão com coisas como chapéu, roupas, maquiagem ou cabelo); procurar tranquilização acerca do aspecto das falhas percebidas; tocar as áreas em questão para verificá-las; fazer exercícios ou levantamento de peso em excesso; e procurar procedimentos estéticos. Alguns indivíduos se bronzeiam de forma excessiva (p. ex., para escurecer a pele "pálida" ou diminuir a acne percebida), mudam constantemente de roupa (p. ex., para camuflar os defeitos percebidos) ou compram de maneira compulsiva (p. ex., produtos de beleza). Arrancar a pele compulsivamente com a intenção de melhorar os defeitos percebidos é comum e pode causar lesões cutâneas, infecções ou ruptura de vasos sanguíneos. A preocupação deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C); geralmente ambos estão presentes. O transtorno dismórfico corporal deve ser diferenciado de um transtorno alimentar.

A *dismorfia muscular*, uma forma de transtorno dismórfico corporal que ocorre quase exclusivamente no sexo masculino, consiste na preocupação com a ideia de que o próprio corpo é muito pequeno ou insuficientemente magro ou musculoso. Os indivíduos com essa forma de transtorno, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos. Eles também podem ser preocupados com outras áreas do corpo, como a pele ou o cabelo. A maioria (mas não todos) faz dieta, exercícios e/ou levanta pesos excessivamente, às vezes causando danos ao corpo. Alguns usam esteroides anabolizantes perigosos e outras substâncias para tentar deixar seu corpo maior e mais musculoso. O transtorno dismórfico corporal por procuração é uma forma de transtorno dismórfico corporal em que os indivíduos são preocupados com defeitos que eles percebem na aparência de outra pessoa.

O *insight* relativo às crenças do transtorno dismórfico corporal pode variar de bom até ausente/delirante (i.e., crenças delirantes que consistem na completa convicção de que a visão que

o indivíduo tem da sua aparência é precisa e não distorcida). Em média, o *insight* é pobre; um terço ou mais dos indivíduos atualmente tem crenças delirantes de transtorno dismórfico corporal. Aqueles com transtorno dismórfico corporal delirante tendem a ter maior morbidade em algumas áreas (suicidalidade), mas isso parece ser justificado por sua tendência a ter sintomas mais graves.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm ideias ou delírios de referência, acreditando que outras pessoas prestam especial atenção neles ou caçoam deles devido a sua aparência. O transtorno dismórfico corporal está associado a altos níveis de ansiedade, ansiedade social, esquiva social, humor deprimido, neuroticismo e perfeccionismo, bem como a baixa extroversão e baixa autoestima. Muitos indivíduos têm vergonha da sua aparência e do foco excessivo em seu visual e têm relutância em revelar suas preocupações aos outros. A maioria dessas pessoas faz tratamento estético para tentar melhorar seus defeitos percebidos. Tratamento dermatológico e cirurgia são mais comuns, mas qualquer tipo de tratamento (p. ex., dentário, eletrólise) pode ser feito. Às vezes, os indivíduos podem realizar cirurgia em si mesmos. O transtorno dismórfico corporal parece ter uma resposta pobre a tais tratamentos e por vezes piora. Algumas pessoas tomam providências legais ou são violentas com o clínico porque estão insatisfeitas com o resultado estético.

O transtorno dismórfico corporal foi associado a disfunção executiva e anormalidades no processamento visual, com uma propensão a analisar e codificar detalhes em vez de aspectos holísticos ou configuracionais dos estímulos visuais. Os indivíduos com esse transtorno tendem a interpretar de forma negativa e ameaçadora expressões faciais ou cenários ambíguos.

Prevalência

A prevalência ponto entre os adultos norte-americanos é de 2,4% (2,5% no sexo feminino e 2,2% no masculino). Fora dos Estados Unidos (i.e., na Alemanha), a prevalência atual é de 1,7 a 1,8%, com uma distribuição entre os gêneros similar à dos Estados Unidos. A prevalência atual é de 9 a 15% entre pacientes dermatológicos, 7 a 8% entre pacientes norte-americanos de cirurgia estética, 3 a 16% entre pacientes de cirurgia estética em outros países (a maioria dos estudos), 8% entre pacientes adultos de ortodontia e 10% entre pacientes que se apresentam para cirurgia facial ou maxilofacial.

Desenvolvimento e Curso

A média de idade de início do transtorno é 16 a 17 anos, a mediana de idade de início é 15 anos, e a idade mais comum de início é 12 a 13 anos. Dois terços dos indivíduos têm início do transtorno antes dos 18 anos. Os sintomas subclínicos do transtorno dismórfico corporal começam, em média, aos 12 ou 13 anos. As preocupações subclínicas geralmente se desenvolvem de forma gradual até o transtorno completo, embora alguns indivíduos experimentem o início abrupto do transtorno. O transtorno dismórfico corporal parece ser crônico, embora uma melhora seja provável quando é feito tratamento baseado em evidências. As características clínicas do transtorno parecem, em grande parte, similares em crianças/adolescentes e adultos. O transtorno também ocorre em idosos, mas pouco é sabido a seu respeito nessa faixa etária. Os indivíduos com início do transtorno antes dos 18 anos têm maior probabilidade de tentar suicídio, de apresentar mais comorbidade e de ter início gradual do transtorno (em vez de agudo) do que aqueles com transtorno dismórfico corporal com início na idade adulta.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O transtorno dismórfico corporal foi associado a altas taxas de negligência e abuso infantil.

Genéticos e fisiológicos. A prevalência de transtorno dismórfico corporal é elevada em parentes de primeiro grau de indivíduos com TOC.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno dismórfico corporal tem sido relatado em todo o mundo. Parece que pode ter mais semelhanças do que diferenças entre as raças e culturas, mas os valores e preferências culturais podem influenciar o conteúdo dos sintomas até certo ponto. O *taijin kyofusho,* incluso no sistema diagnóstico japonês tradicional, tem um subtipo similar ao transtorno dismórfico corporal: *shubo-kyofu* ("a fobia de um corpo deformado").

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Parece haver mais semelhanças do que diferenças entre os sexos em relação à maioria das características clínicas – por exemplo, áreas do corpo que desagradam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos sintomas, suicidalidade, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos estéticos para o transtorno dismórfico corporal. Entretanto, indivíduos do sexo masculino têm mais probabilidade de apresentar preocupações genitais, e os do sexo feminino, mais probabilidade de apresentar um transtorno alimentar comórbido. A dismorfia muscular ocorre quase exclusivamente no sexo masculino.

Risco de Suicídio

As taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio são altas tanto em adultos quanto em crianças/adolescentes com transtorno dismórfico corporal. Além disso, o risco de suicídio parece alto em adolescentes. Uma proporção substancial de indivíduos atribui a ideação suicida ou as tentativas de suicídio principalmente às suas preocupações com a aparência. As pessoas com transtorno dismórfico corporal têm muitos fatores de risco para suicídio completado, tais como altas taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio, características demográficas associadas a suicídio e altas taxas de transtorno depressivo maior comórbido.

Consequências Funcionais do Transtorno Dismórfico Corporal

Quase todos os indivíduos com transtorno dismórfico corporal experimentam funcionamento psicossocial prejudicado devido às suas preocupações com a aparência. O prejuízo pode variar de moderado (p. ex., esquiva de algumas situações sociais) até extremo e incapacitante (p. ex., ficar completamente confinado à sua casa). Em média, o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida são acentuadamente pobres. Os sintomas mais graves do transtorno dismórfico corporal estão associados a funcionamento e qualidade de vida mais pobres. A maioria dos indivíduos experimenta comprometimento em seu trabalho, no desempenho acadêmico ou de papéis (p. ex., como pai ou cuidador), que são com frequência graves (p. ex., desempenho pobre, faltas à escola ou ao trabalho, não trabalhar). Cerca de 20% dos jovens com o transtorno relatam evasão escolar principalmente devido aos seus sintomas. O prejuízo no funcionamento social (p. ex., atividades sociais, relacionamentos, intimidade), incluindo esquiva, é comum. Os indivíduos podem ficar confinados à sua casa devido aos sintomas do transtorno, por vezes durante anos. Uma alta proporção de adultos e adolescentes é internada em hospitais psiquiátricos.

Diagnóstico Diferencial

Preocupações normais com a aparência e defeitos físicos claramente perceptíveis. O transtorno dismórfico corporal diferencia-se das preocupações normais com a aparência por se caracterizar por preocupações excessivas relacionadas à aparência e por comportamentos repetitivos que tomam tempo que também são geralmente difíceis de resistir ou controlar e que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento. Os defeitos físicos que são claramente perceptíveis (i.e., não leves) não são diagnosticados como transtorno dismórfico corporal. No entanto, beliscar a pele como sintoma de transtorno dismórfico corporal pode causar lesões e cicatrizes visíveis; nesses casos, o transtorno deve ser diagnosticado.

Transtornos alimentares. Em um indivíduo com transtorno alimentar, as preocupações com ser gordo são consideradas um sintoma do transtorno alimentar em vez de transtorno dismórfico corporal. No entanto, preocupações com o peso podem ocorrer no transtorno dismórfico corporal. Os transtornos alimentares e o transtorno dismórfico corporal podem ser comórbidos; nesse caso, ambos devem ser diagnosticados.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados. As preocupações e os comportamentos repetitivos do transtorno dismórfico corporal diferem das obsessões e compulsões do TOC na medida em que o primeiro foca somente na aparência. Esses transtornos têm outras diferenças, como *insight* mais pobre no transtorno dismórfico corporal. Quando arrancar a pele tem a intenção de melhorar a aparência dos defeitos nela percebidos, deve ser diagnosticado transtorno dismórfico corporal em vez de transtorno de escoriação (*skin-picking*). Quando a remoção de pelos (depilar, arrancar ou outros tipos de remoção) tem a intenção de melhorar defeitos percebidos na aparência do pelo facial ou corporal, o transtorno dismórfico corporal é diagnosticado em vez de tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo).

Transtorno de ansiedade de doença. Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal não são preocupados com ter ou adquirir uma doença grave e não têm níveis particularmente elevados de somatização.

Transtorno depressivo maior. A preocupação proeminente com a aparência e os comportamentos repetitivos excessivos no transtorno dismórfico corporal diferenciam-no do transtorno depressivo maior. Entretanto, o transtorno depressivo maior e os sintomas depressivos são comuns em indivíduos com transtorno dismórfico corporal, com frequência parecendo ser secundários ao sofrimento e ao prejuízo causados por essa perturbação. O transtorno dismórfico corporal deve ser diagnosticado em indivíduos deprimidos se os critérios diagnósticos para ele forem satisfeitos.

Transtornos de ansiedade. Ansiedade social e evitação são comuns no transtorno dismórfico corporal. No entanto, diferentemente do transtorno de ansiedade social (fobia social), da agorafobia e do transtorno da personalidade evitativa, o transtorno dismórfico corporal inclui preocupação proeminente relacionada à aparência, que pode ser delirante, e comportamentos repetitivos; já a ansiedade social e a evitação devem-se a preocupações acerca de defeitos percebidos na aparência e à crença ou ao medo de que outras pessoas considerem esses indivíduos feios, de que os ridicularizem ou os rejeitem devido às suas características físicas. Diferentemente do transtorno de ansiedade generalizada, a ansiedade e a preocupação no transtorno dismórfico corporal focam nas falhas percebidas na aparência.

Transtornos psicóticos. Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm crenças delirantes sobre a aparência (i.e., completa convicção de que sua visão dos seus defeitos percebidos é correta), o que é diagnosticado como transtorno dismórfico corporal, com *insight* ausente/crenças delirantes, não como transtorno delirante. Ideias relacionadas à aparência ou delírios de referência são comuns no transtorno dismórfico corporal; contudo, diferentemente da esquizofrenia ou do transtorno esquizoafetivo, o transtorno dismórfico corporal envolve preocupações proeminentes com a aparência e comportamentos repetitivos relacionados, e o comportamento desorganizado e outros sintomas psicóticos estão ausentes (exceto pelas crenças acerca da aparência, que podem ser delirantes).

Outros transtornos e sintomas. O transtorno dismórfico corporal não deve ser diagnosticado se a preocupação estiver limitada a desconforto ou a um desejo de se livrar de características sexuais primárias e/ou secundárias em um indivíduo com disforia de gênero ou se a preocupação focar na crença de que o indivíduo emite um odor corporal desagradável ou ofensivo, como na síndrome de referência olfativa (que não é um transtorno do DSM-5). O transtorno de identidade da integridade corporal (apotenofilia) (que não é um transtorno do DSM-5) envolve um desejo de ter um membro amputado para corrigir uma experiência de inadequação entre a noção de identidade corporal de uma pessoa e sua verdadeira anatomia. No entanto, a preocupação não foca na aparência do membro, como seria no transtorno dismórfico corporal. *Koro*, um transtorno relacionado culturalmente que em geral ocorre em epidemias no sudoeste da Ásia, consiste no medo de que o pênis (lábios, mamilos ou mamas nas mulheres) esteja encolhendo ou se retraindo

e vá desaparecer no abdome, com frequência acompanhado de uma crença de que isso resultará em morte. O *koro* difere do transtorno dismórfico corporal em vários aspectos, incluindo um foco na morte em vez da preocupação com a feiura percebida. A *preocupação dismórfica* (que não é um transtorno do DSM-5) é um construto muito mais amplo do que o transtorno dismórfico corporal e não é equivalente a ele. Envolve sintomas que refletem uma preocupação excessiva com falhas leves ou imaginadas na aparência.

Comorbidade

O transtorno depressivo maior é o transtorno comórbido mais comum, com início geralmente após o do transtorno dismórfico corporal. Transtorno de ansiedade social (fobia social) comórbido, TOC e transtornos relacionados a substâncias também são comuns.

Transtorno de Acumulação

Critérios Diagnósticos **300.3 (F42)**

A. Dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real.
B. Esta dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los.
C. A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e compromete substancialmente o uso pretendido. Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades).
D. A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros).
E. A acumulação não é devida a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
F. A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista).

Especificar se:

Com aquisição excessiva: Se a dificuldade de descartar os pertences está acompanhada pela aquisição excessiva de itens que não são necessários ou para os quais não existe espaço disponível.

Especificar se:

Com *insight* bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) são problemáticos.

Com *insight* pobre: O indivíduo acredita que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) não são problemáticos apesar das evidências em contrário.

Com *insight* ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) não são problemáticos apesar das evidências em contrário.

Especificadores

Com aquisição excessiva. Aproximadamente 80 a 90% dos indivíduos com transtorno de acumulação exibem aquisição excessiva. A forma mais frequente de aquisição são as compras

excessivas, seguidas pela aquisição de itens gratuitos (p. ex., panfletos, itens descartados por outros). Roubar é menos comum. Alguns indivíduos podem negar a aquisição excessiva quando são avaliados inicialmente, embora mais tarde ela possa aparecer durante o curso do tratamento. As pessoas com transtorno de acumulação geralmente experimentam sofrimento se não conseguem ou são impedidas de adquirir itens.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de acumulação são as dificuldades persistentes de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real (Critério A). O termo *persistente* indica uma dificuldade permanente em vez de circunstâncias vitais mais transitórias que podem levar ao acúmulo excessivo, como herdar uma propriedade. A dificuldade em descartar pertences observada no Critério A refere-se a qualquer forma de descarte, incluindo jogar fora, vender, dar ou reciclar. As principais razões dadas para essas dificuldades são a utilidade percebida ou o valor estético dos itens ou um forte apego sentimental aos pertences. Alguns indivíduos se sentem responsáveis pelo destino dos seus pertences e com frequência se esforçam muito para evitar o desperdício. O medo de perder informações importantes também é comum. Os itens mais comumente guardados são jornais, revistas, roupas velhas, bolsas, livros, correspondência e papelada, mas praticamente qualquer item pode ser guardado. A natureza dos itens não está limitada aos pertences que a maior parte das outras pessoas definiria como inúteis ou de valor limitado. Muitos indivíduos juntam e também guardam muitas coisas valiosas, as quais com frequência são encontradas em pilhas misturadas com outros itens menos valiosos.

Os indivíduos com transtorno de acumulação guardam intencionalmente os pertences e experimentam sofrimento quando enfrentam a perspectiva de descartá-los (Critério B). Esse critério enfatiza que guardar os pertences é intencional, o que discrimina o transtorno de acumulação de outras formas de psicopatologia que são caracterizadas pela acumulação passiva de itens ou pela ausência de sofrimento quando os pertences são removidos.

Os indivíduos acumulam muitos itens que se empilham e obstruem áreas em uso a ponto de sua utilização pretendida não ser mais possível (Critério C). Por exemplo, o indivíduo pode não conseguir preparar alimentos na cozinha, dormir na sua cama ou sentar em uma cadeira. Se o espaço pode ser usado, é somente com grande dificuldade. *Obstrução* é definida como um grande grupo de objetos em geral não relacionados ou marginalmente relacionados empilhados juntos de forma desorganizada em espaços designados para outros propósitos (p. ex., em cima de mesas, no chão, no corredor). O Critério C enfatiza as áreas de estar "ativas" da casa, em vez de áreas mais periféricas, como garagens, sótãos ou porões, que às vezes ficam obstruídas nas casas de pessoas sem o transtorno. Entretanto, os indivíduos com transtorno de acumulação com frequência têm pertences que se espalham além das áreas em uso e podem ocupar e prejudicar a utilização de outros espaços, como veículos, pátios, o ambiente de trabalho e as casas de amigos e parentes. Em alguns casos, as áreas de estar podem estar desobstruídas devido à intervenção de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades locais). Os indivíduos que foram forçados a limpar suas casas ainda têm um quadro de sintomas que satisfaz os critérios para transtorno de acumulação, porque a ausência de obstrução deve-se à intervenção de outras pessoas. O transtorno de acumulação contrasta com o comportamento normal de colecionar, que é organizado e sistemático, mesmo que em alguns casos a quantidade real de pertences possa ser similar à quantidade acumulada por uma pessoa com transtorno de acumulação. A atividade de colecionar normal não produz obstrução, sofrimento ou prejuízo típicos do transtorno de acumulação.

Os sintomas (i.e., dificuldades de descartar e/ou obstrução) devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito, incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros (Critério D). Em alguns casos, particularmente quando existe *insight* pobre, o indivíduo pode não relatar sofrimento, e o prejuízo pode ser evidente somente para aqueles que estão próximos. No entanto, qualquer tentativa de outras pessoas de descartar ou limpar os pertences resulta em altos níveis de sofrimento.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Outras características comuns do transtorno de acumulação incluem indecisão, perfeccionismo, esquiva, procrastinação, dificuldade de planejar e organizar tarefas e distratibilidade. Alguns indivíduos com o transtorno vivem em condições insalubres que podem ser uma consequência lógica de espaços gravemente obstruídos e/ou que estão relacionados a dificuldades de planejamento e organização. *Acumulação de animais* pode ser definida como a acumulação muitos animais e a falha em proporcionar padrões mínimos de nutrição, saneamento e cuidados veterinários e em agir sobre a condição deteriorante dos animais (incluindo doenças, fome ou morte) e do ambiente (p. ex., superpopulação, condições extremamente insalubres). A acumulação de animais pode ser uma manifestação especial do transtorno de acumulação. A maioria dos indivíduos que acumula animais também acumula objetos inanimados. As diferenças mais proeminentes entre a acumulação de animais e de objetos são a extensão das condições insalubres e o *insight* mais pobre na acumulação de animais.

Prevalência

Estudos de prevalência nacionalmente representativos do transtorno de acumulação não estão disponíveis. Pesquisas comunitárias estimam que a prevalência ponto de acumulação clinicamente significativa nos Estados Unidos e na Europa seja de aproximadamente 2 a 6%. O transtorno de acumulação afeta ambos os sexos, mas alguns estudos epidemiológicos relataram uma prevalência significativamente maior em indivíduos do sexo masculino. Isso contrasta com as amostras clínicas, nas quais a predominância é feminina. Os sintomas de acumulação parecem ser quase três vezes mais prevalentes em adultos mais velhos (55 a 94 anos) comparados com adultos mais jovens (33 a 44 anos).

Desenvolvimento e Curso

A acumulação parece iniciar cedo na vida e estender-se até os estágios finais. Os sintomas de acumulação podem emergir inicialmente em torno dos 11 aos 15 anos de idade, começam a interferir no funcionamento diário do indivíduo na metade da década dos 20 anos e causam prejuízo clinicamente significativo por volta da metade da década dos 30 anos. Os participantes de estudos de pesquisa clínica estão geralmente na década dos 50 anos. Assim, a gravidade da acumulação aumenta a cada década da vida. Depois de iniciados os sintomas, o curso da acumulação é com frequência crônico, com poucos indivíduos relatando um curso com remissões e recidivas.

A acumulação patológica em crianças parece ser facilmente distinguida de comportamentos de poupar e colecionar adaptativos de acordo com o nível do desenvolvimento. Como as crianças e os adolescentes geralmente não controlam o ambiente em que vivem e os comportamentos de descarte, a possível intervenção de outras pessoas (p. ex., os pais mantendo os espaços utilizáveis e, assim, reduzindo a interferência) deve ser considerada quando é feito o diagnóstico.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. A indecisão é uma característica proeminente dos indivíduos com transtorno de acumulação e em seus parentes de primeiro grau.

Ambientais. Os indivíduos com transtorno de acumulação com frequência relatam retrospectivamente eventos vitais estressantes e traumáticos precedendo o início do transtorno ou causando uma exacerbação.

Genéticos e fisiológicos. O comportamento de acumulação é familiar, com cerca de 50% dos indivíduos que acumulam relatando ter um parente que também acumula. Estudos de gêmeos indicam que aproximadamente 50% da variabilidade no comportamento de acumulação deve-se a fatores genéticos aditivos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Embora a maior parte das pesquisas tenha sido feita em países e comunidades urbanas industrializadas do Ocidente, os dados disponíveis de países não ocidentais e em desenvolvimento sugerem que a acumulação é um fenômeno universal com características clínicas consistentes.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As principais características do transtorno de acumulação (i.e., dificuldades de descartar, obstrução excessiva) são, em geral, comparáveis em ambos os sexos, porém indivíduos do sexo feminino tendem a exibir aquisição mais excessiva, particularmente o comprar excessivo.

Consequências Funcionais do Transtorno de Acumulação

A obstrução prejudica as atividades básicas, como transitar pela casa, cozinhar, limpar, fazer a higiene pessoal e até mesmo dormir. Os aparelhos podem estar quebrados, e serviços como água e eletricidade podem estar desligados, já que o acesso para o trabalho de conserto pode ser difícil. A qualidade de vida está, com frequência, consideravelmente prejudicada. Em casos graves, a acumulação pode colocar os indivíduos em risco de incêndio, de cair (especialmente indivíduos idosos), bem como submetê-los a condições sanitárias deficientes e a outros riscos à saúde. O transtorno de acumulação está associado a prejuízo profissional, saúde física deficiente e intensa utilização do serviço social. As relações familiares com frequência estão sob grande tensão. O conflito com os vizinhos e as autoridades locais é comum, e uma proporção substancial dos indivíduos com transtorno de acumulação grave esteve envolvida em procedimentos legais de despejo, sendo que alguns têm história de despejo.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se os sintomas são considerados consequência direta de outra condição médica (Critério E), como lesão cerebral traumática, ressecção cirúrgica para tratamento de um tumor ou controle de convulsões, doença cerebrovascular, infecções do sistema nervoso central (p. ex., encefalite por herpes simples), ou de condições neurogenéticas, como a síndrome de Prader-Willi. Danos aos córtices pré-frontal ventromedial anterior e cingulado foram particularmente associados à acumulação excessiva de objetos. Nesses indivíduos, o comportamento de acumulação não está presente antes do início da lesão cerebral e surge logo após a ocorrência desta. Algumas dessas pessoas parecem ter pouco interesse nos itens acumulados e são capazes de descartá-los com facilidade ou não se importam se outros os descartam, enquanto outras parecem ser muito relutantes em descartar qualquer coisa.

Transtornos do neurodesenvolvimento. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se a acumulação de objetos é considerada consequência direta de um transtorno do neurodesenvolvimento, como um transtorno do espectro autista ou deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual).

Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se a acumulação de objetos é considerada consequência direta de delírios ou sintomas negativos no espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos.

Episódio depressivo maior. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se a acumulação de objetos é considerada consequência direta de retardo psicomotor, fadiga ou perda da energia durante um episódio depressivo maior.

Transtorno obsessivo-compulsivo. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se os sintomas são considerados consequência direta de obsessões ou compulsões típicas, como medos de contaminação, de ferimentos ou sentimentos de incompletude no TOC. Os sentimentos de incompletude (p. ex., perder a identidade ou ter de documentar e preservar todas as experiências de vida) são os sintomas mais frequentes de TOC associados a essa forma de acumulação. A acu-

mulação de objetos também pode ser resultado de rituais onerosos de esquiva persistente (p. ex., não descartar objetos para evitar rituais intermináveis de lavagem e verificação).

No TOC, o comportamento é, em geral, indesejado e altamente angustiante, e o indivíduo não experimenta prazer ou recompensa com ele. A aquisição excessiva geralmente não está presente; se está, os itens são adquiridos devido a uma obsessão específica (p. ex., a necessidade de comprar itens que foram tocados acidentalmente para evitar a contaminação de outras pessoas), e não devido a um desejo genuíno de possuir os itens. Os indivíduos que acumulam no contexto do TOC também têm mais probabilidade de acumular itens bizarros, como lixo, fezes, urina, unhas, cabelo, fraldas usadas ou comida estragada. A acumulação desses itens é muito incomum no transtorno de acumulação.

Quando a acumulação grave aparece concomitantemente a outros sintomas típicos de TOC, mas é considerada independente desses sintomas, ambos devem ser diagnosticados, transtorno de acumulação e TOC.

Transtornos neurocognitivos. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se a acumulação de objetos é considerada consequência direta de um transtorno degenerativo, como o transtorno neurocognitivo associado à degeneração frontotemporal ou à doença de Alzheimer. Geralmente, o início do comportamento de acumulação é gradual e acompanha o início do transtorno neurocognitivo. O comportamento de acumulação pode ser acompanhado de negligência para consigo mesmo e degradação doméstica grave, em conjunto com outros sintomas neuropsiquiátricos, como desinibição, jogo patológico, rituais/estereotipias, tiques e comportamentos de autoflagelação.

Comorbidade

Aproximadamente 75% dos indivíduos com transtorno de acumulação têm um transtorno do humor ou de ansiedade comórbido. As condições comórbidas mais comuns são transtorno depressivo maior (até 50% dos casos), transtorno de ansiedade social (fobia social) e transtorno de ansiedade generalizada. Cerca de 20% dos indivíduos com transtorno de acumulação também têm sintomas que satisfazem os critérios para TOC. Essas comorbidades podem, com frequência, ser a razão principal para consulta, porque os indivíduos provavelmente não relatarão de forma espontânea os sintomas de acumulação, e estes frequentemente não são investigados nas entrevistas clínicas de rotina.

Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo)

Critérios Diagnósticos **312.39 (F63.3)**

A. Arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em perda de cabelo.
B. Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de arrancar o cabelo.
C. O ato de arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. O ato de arrancar cabelo ou a perda de cabelo não se deve a outra condição médica (p. ex., uma condição dermatológica).
E. O ato de arrancar cabelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos na aparência, no transtorno dismórfico corporal).

Características Diagnósticas

A característica essencial da tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) é arrancar o próprio cabelo de forma recorrente (Critério A). Esse comportamento pode ocorrer em qualquer região do corpo em que crescem pelos; os locais mais comuns são o couro cabeludo, as sobrancelhas e os cílios, enquanto os menos comuns são as regiões axilar, facial, púbica e perirretal. Os locais de onde o cabelo é arrancado podem variar com o tempo. O ato de arrancar o cabelo pode ocorrer em breves episódios distribuídos durante o dia ou durante períodos menos frequentes, porém mais

intensos, que podem continuar por horas, e esse ato pode durar por meses ou anos. O Critério A requer que arrancar cabelo leve à perda de cabelo, embora os indivíduos com esse transtorno possam fazê-lo em um padrão bem distribuído (i.e., puxar fios individuais dispersos), de forma que a perda de cabelo pode não ser claramente visível, ou então podem tentar esconder ou camuflar tal perda (p. ex., usando maquiagem, lenços ou perucas). Os indivíduos com tricotilomania já fizeram repetidas tentativas de reduzir ou parar o ato de arrancar o cabelo (Critério B). O Critério C indica que arrancar o cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O termo *sofrimento* inclui afetos negativos que podem ser experimentados pelos indivíduos que arrancam o cabelo, tais como sensação de perda de controle, constrangimento e vergonha. Pode ocorrer prejuízo significativo em várias áreas diferentes de funcionamento (p. ex., social, profissional, acadêmica e lazer), em parte devido à evitação do trabalho, da escola ou de outras situações públicas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O ato de arrancar o cabelo pode vir acompanhado de uma gama de comportamentos ou rituais que envolvem os fios. Assim, os indivíduos podem procurar um tipo particular de pelo para arrancar (p. ex., pelos com uma textura ou cor específica), podem tentar arrancar o pelo de uma forma específica (p. ex., de modo que a raiz saia intacta) ou podem examinar pela visão ou pelo tato ou manipular oralmente o cabelo depois que ele foi arrancado (p. ex., enrolar o cabelo entre os dedos, puxar o fio entre os dentes, morder o cabelo, deixando-o em pedaços, ou engoli-lo).

O ato de arrancar o cabelo também pode ser precedido ou acompanhado de vários estados emocionais; pode ser desencadeado por sentimentos de ansiedade ou tédio, pode ser precedido de um crescente sentimento de tensão (seja imediatamente antes de arrancar o cabelo, seja quando tenta resistir ao impulso de arrancá-lo) ou pode levar a gratificação, prazer ou um sentimento de alívio quando é arrancado. O comportamento de arrancar o cabelo pode envolver graus variados de percepção consciente, com alguns indivíduos exibindo atenção mais focada no ato de arrancá-lo (com tensão precedendo e posterior alívio) e outros apresentando um comportamento mais automático (no qual arrancar o cabelo parece ocorrer sem consciência completa). Muitos indivíduos relatam um misto dos dois estilos. Alguns experimentam uma sensação "como uma coceira" ou formigamento no couro cabeludo que é aliviada pelo ato de arrancar o cabelo. Geralmente, o arrancar cabelo não é acompanhado de dor.

Os padrões de perda de cabelo são altamente variáveis. Áreas de completa alopecia, assim como áreas de escassa densidade de cabelo, são comuns. Quando o couro cabeludo está envolvido, pode haver predileção por arrancar o cabelo na coroa ou nas regiões parietais. Pode haver um padrão de calvície quase completa, exceto por um perímetro estreito em torno das margens externas do couro cabeludo, particularmente na nuca ("tricotilomania com tonsura"). Sobrancelhas e cílios podem estar completamente ausentes.

O ato de arrancar os cabelos, em geral, não ocorre na presença de outros indivíduos, exceto membros da família imediata. Alguns têm o impulso de arrancar o cabelo de outros e podem, às vezes, tentar encontrar oportunidades de fazê-lo veladamente. Outros podem arrancar o pelo de animais de estimação, cabelos de bonecas e outros materiais fibrosos (p. ex., de casacos ou tapetes). Alguns indivíduos podem negar para os outros que arrancam o cabelo. A maioria das pessoas com tricotilomania também tem um ou mais comportamentos repetitivos focados no corpo, incluindo beliscar a pele, roer as unhas e morder os lábios.

Prevalência

Na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para tricotilomania em adultos e adolescentes é de 1 a 2%. O sexo feminino é afetado com mais frequência do que o masculino, em uma razão de aproximadamente 10:1. Essa estimativa provavelmente reflete a verdadeira proporção da condição entre os gêneros, embora também possa refletir o diferencial na busca e no tratamento com base no gênero ou em atitudes culturais referentes à aparência (p. ex., a aceitação de perda de cabelo normal entre os homens). Entre as crianças com tricotilomania, ambos os sexos estão igualmente representados.

Desenvolvimento e Curso

O ato de arrancar o cabelo pode ser visto em bebês, e esse comportamento se resolve durante o início do desenvolvimento. O início do comportamento de arrancar o cabelo na tricotilomania coincide mais comumente com a puberdade ou após seu início. Os locais de onde o cabelo é arrancado podem variar com o tempo. O curso habitual da tricotilomania é crônico, com algumas remissões e recidivas se o transtorno não é tratado. Os sintomas podem piorar no sexo feminino, acompanhando as alterações hormonais (p. ex., menstruação, perimenopausa). Para alguns indivíduos, o transtorno pode ir e vir por semanas, meses ou anos. Uma minoria remite sem recaída subsequente em poucos anos do início.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Existem evidências de vulnerabilidade genética para a tricotilomania. O transtorno é mais comum em indivíduos com TOC e em seus parentes de primeiro grau do que na população em geral.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A tricotilomania parece manifestar-se igualmente entre as culturas, embora haja escassez de dados de regiões não ocidentais.

Marcadores Diagnósticos

A maioria dos indivíduos com tricotilomania admite que arranca o cabelo; assim, o diagnóstico dermatopatológico é raramente necessário. A biópsia da pele e a dermatoscopia (ou tricoscopia) da tricotilomania são capazes de diferenciar o transtorno de outras causas de alopecia. Na tricotilomania, a dermatoscopia mostra uma variedade de características específicas, incluindo a densidade reduzida dos cabelos, o cabelo viloso curto e fios partidos com diferentes comprimentos de haste.

Consequências Funcionais da Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo)

A tricotilomania está associada a sofrimento, além de prejuízo social e profissional. Pode haver dano irreversível ao crescimento e à qualidade do pelo. As consequências médicas infrequentes da tricotilomania incluem púrpura nos dedos, lesão musculoesquelética (p. ex., síndrome do túnel do carpo; dor nas costas, nos ombros e no pescoço), blefarite e danos dentários (p. ex., dentes desgastados ou quebrados por morder o cabelo). Engolir o cabelo (tricofagia) pode levar a tricobezoares, com subsequentes anemia, dor abdominal, hematêmese, náusea e vômitos, obstrução do intestino e até mesmo perfuração.

Diagnóstico Diferencial

Remoção/manuseio normal dos cabelos. A tricotilomania não deve ser diagnosticada quando a remoção do pelo é realizada unicamente por razões estéticas (i.e., para melhorar a própria aparência física). Muitos indivíduos enrolam e brincam com seu cabelo, mas esse comportamento em geral não se qualifica para um diagnóstico de tricotilomania. Algumas pessoas podem morder em vez de arrancar o cabelo; mais uma vez, isso não se qualifica para um diagnóstico de tricotilomania.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados. Os indivíduos com TOC e preocupações com simetria podem arrancar o cabelo como parte de seus rituais de simetria, e os com transtorno dismórfico corporal podem remover pelos do corpo que percebem como feios, assimétricos ou anormais; nesses casos, um diagnóstico de tricotilomania não é dado. A descrição do transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo em outro transtorno

obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado exclui os indivíduos que satisfazem os critérios para tricotilomania.

Transtornos do neurodesenvolvimento. Nos transtornos do neurodesenvolvimento, arrancar o cabelo pode satisfazer a definição de estereotipias (p. ex., no transtorno do movimento estereotipado). Os tiques (nos transtornos de tique) raramente levam a arrancar o cabelo.

Transtorno psicótico. Os indivíduos com um transtorno psicótico podem remover o cabelo em resposta a um delírio ou alucinação. A tricotilomania não é diagnosticada em tais casos.

Outra condição médica. A tricotilomania não é diagnosticada se o comportamento de arrancar o cabelo ou a perda de cabelo devem-se a outra condição médica (p. ex., inflamação da pele ou outras condições dermatológicas). Outras causas de alopecia cicatricial (p. ex., alopecia areata, alopecia androgênica, eflúvio telógeno) ou alopecia não cicatricial (p. ex., lúpus eritematoso discoide crônico, líquen plano, alopecia cicatricial centrífuga central, pseudopelada, foliculite dissecante, acne queloidal da nuca) devem ser consideradas em indivíduos com perda de cabelo que negam arrancá-lo. A biópsia da pele ou a dermatoscopia podem ser usadas para diferenciar os indivíduos com tricotilomania daqueles com distúrbios dermatológicos.

Transtornos relacionados a substâncias. Os sintomas de arrancar o cabelo podem ser exacerbados por certas substâncias – por exemplo, estimulantes –, porém é menos provável que as substâncias sejam a causa primária de arrancar o cabelo persistentemente.

Comorbidade

A tricotilomania é, com frequência, acompanhada por outros transtornos mentais, mais comumente transtorno depressivo maior e transtorno de escoriação (*skin-picking*). Outros sintomas repetitivos focados no corpo, além de arrancar o cabelo e beliscar a pele (p. ex., roer as unhas), ocorrem na maioria dos indivíduos com tricotilomania e podem merecer um diagnóstico adicional de outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado (i.e., transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo).

Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*)

Critérios Diagnósticos **698.4 (L98.1)**

A. Beliscar a pele de forma recorrente, resultando em lesões.
B. Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscar a pele.
C. O ato de beliscar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. O ato de beliscar a pele não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., escabiose).
E. O ato de beliscar a pele não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., delírios ou alucinações táteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebida na aparência no transtorno dismórfico corporal, estereotipias no transtorno de movimento estereotipado ou intenção de causar danos a si mesmo na autolesão não suicida).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de escoriação (*skin-picking*) é o beliscar recorrente da própria pele (Critério A). Os locais mais comumente beliscados são rosto, braços e mãos, porém muitos indivíduos beliscam múltiplas partes do corpo. Podem beliscar pele saudável, irregularidades menores na pele, lesões como espinhas ou calosidades ou cascas de lesões anteriores. A maioria das pessoas belisca com as unhas, embora muitas usem pinças, alfinetes ou outros objetos. Além de beliscar a pele, pode haver comportamentos de esfregar, espremer e morder. Os

indivíduos com transtorno de escoriação frequentemente passam quantidades significativas de tempo em seu comportamento de beliscar, às vezes várias horas por dia, e esse comportamento pode durar meses ou anos. O Critério A requer que o beliscar a pele provoque lesões cutâneas, embora os indivíduos com o transtorno com frequência tentem esconder ou camuflar essas lesões (p. ex., com maquiagem ou com roupas). Essas pessoas já fizeram repetidas tentativas de reduzir ou parar de beliscar a pele (Critério B).

O Critério C indica que beliscar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O termo *sofrimento* inclui afetos negativos que podem ser experimentados por aqueles que beliscam a pele, tais como sensação de perda de controle, constrangimento e vergonha. Pode ocorrer prejuízo significativo em várias áreas diferentes de funcionamento (p. ex., social, profissional acadêmica e lazer), em parte devido à evitação de situações sociais.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O comportamento de beliscar a pele pode ser acompanhado de uma gama de comportamentos ou rituais envolvendo a pele ou cascas de ferida. Assim, os indivíduos podem procurar por um tipo particular de casca de ferida para arrancar e podem examinar, brincar ou colocar na boca ou engolir a pele depois de arrancada. O ato de beliscar a pele também pode ser precedido ou acompanhado por vários estados emocionais. O comportamento pode ser desencadeado por sentimentos de ansiedade ou tédio, pode ser precedido por uma tensão crescente (seja imediatamente antes de beliscar a pele, seja quando tenta resistir ao impulso de beliscar) e pode levar a gratificação, prazer ou um sentimento de alívio quando a pele ou casca foram arrancadas. Algumas pessoas relatam que beliscam em resposta a uma irregularidade menor na pele ou para aliviar uma sensação corporal desconfortável. Não costuma ser relatada dor acompanhando o beliscar da pele. Alguns indivíduos se engajam em beliscar a pele de forma mais focada (i.e., precedido por tensão e com posterior alívio), enquanto outros se engajam de forma mais automática (i.e., quando ocorre o beliscar da pele sem tensão precedente e sem a consciência completa), e muitos têm um misto de ambos os estilos comportamentais. O ato de beliscar a pele geralmente não ocorre na presença de outros indivíduos, exceto membros da família imediata. Alguns relatam beliscar a pele de outras pessoas.

Prevalência

Na população em geral, a prevalência durante a vida do transtorno de escoriação em adultos é de 1,4% ou um pouco mais. Mais de três quartos dos indivíduos com o transtorno são do sexo feminino. Isso provavelmente reflete a verdadeira proporção da condição entre os gêneros, embora também possa refletir diferenças na procura de tratamento com base nas atitudes de gênero e da cultura em relação à aparência.

Desenvolvimento e Curso

Embora indivíduos de várias idades possam apresentar transtorno de escoriação, beliscar a pele tem seu início mais frequentemente durante a adolescência, em geral coincidindo ou logo após o início da puberdade. O transtorno com frequência começa com uma condição dermatológica, como acne. Os locais onde o indivíduo belisca a pele podem variar com o tempo. O curso em geral é crônico, com algumas remissões e recidivas se não tratado. Para algumas pessoas, o transtorno pode ir e vir por semanas, meses ou anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno de escoriação é mais comum em indivíduos com TOC e em membros da sua família de primeiro grau do que na população em geral.

Marcadores Diagnósticos

A maioria dos indivíduos com transtorno de escoriação admite beliscar a pele; portanto, o diagnóstico dermatopatológico raramente é necessário. No entanto, o transtorno pode ter características próprias na histopatologia.

Consequências Funcionais do Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*)

O transtorno de escoriação está associado a sofrimento e também a prejuízo social e profissional. A maioria dos indivíduos com essa condição gasta no mínimo uma hora por dia beliscando a pele, pensando em beliscá-la e resistindo ao impulso de fazê-lo. Muitos relatam evitação de eventos sociais ou de entretenimento, bem como sair em público. A maioria das pessoas com o transtorno também relata experimentar interferência do beliscar a pele no trabalho com uma frequência no mínimo diária ou semanal. Uma proporção significativa de estudantes com transtorno de escoriação relata ter faltado à escola, ter experimentado dificuldades no manejo das responsabilidades na escola ou ter tido dificuldades de estudar devido ao comportamento de beliscar a pele. As complicações médicas de beliscar a pele incluem danos ao tecido, cicatrizes e infecção e podem ser ameaçadoras à vida. Raramente foi relatada sinovite do punho devido ao comportamento crônico de beliscar. Beliscar a pele comumente resulta em dano significativo aos tecidos e em cicatrizes. Com frequência, exige tratamento antibiótico para infecção e eventualmente pode requerer cirurgia.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno psicótico. O comportamento de beliscar a pele pode ocorrer em resposta a um delírio (i.e., parasitose) ou alucinação tátil (i.e., formigamento) em um transtorno psicótico. Em tais casos, o transtorno de escoriação não deve ser diagnosticado.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados. Compulsões por lavagem excessiva em resposta a obsessões com contaminação em indivíduos com TOC podem levar a lesões cutâneas, e beliscar a pele pode ocorrer em indivíduos com transtorno dismórfico corporal, que beliscam sua pele unicamente devido a preocupações com a aparência; nesses casos, o transtorno de escoriação não deve ser diagnosticado. A descrição do transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo em outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado exclui indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para o transtorno de escoriação.

Transtornos do neurodesenvolvimento. Embora o transtorno do movimento estereotipado possa ser caracterizado pelo comportamento repetitivo de automutilação, seu início é em período precoce do desenvolvimento. Por exemplo, indivíduos com a condição neurogenética da síndrome de Prader-Willi podem ter início precoce do comportamento de beliscar a pele, e seus sintomas podem satisfazer os critérios para transtorno do movimento estereotipado. Embora os tiques em pessoas com transtorno de Tourette possam levar à automutilação, o comportamento não é semelhante aos tiques no transtorno de escoriação.

Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados. O transtorno de escoriação não é diagnosticado quando a lesão cutânea deve-se primariamente aos comportamentos enganosos no transtorno factício.

Outros transtornos. O transtorno de escoriação não é diagnosticado se o beliscar da pele é principalmente atribuído à intenção de ferir-se que é característica da automutilação não suicida.

Outras condições médicas. O transtorno de escoriação não é diagnosticado se o beliscar a pele é principalmente atribuído a outra condição médica. Por exemplo, a escabiose é uma condição dermatológica invariavelmente associada a coceira grave e arranhões. No entanto, o transtorno de escoriação pode ser precipitado ou exacerbado por uma condição dermatológica subjacente. Por exemplo, acne pode levar a coçar e arrancar, o que também pode ser associado ao transtorno de escoriação comórbido. A diferenciação entre essas duas situações clínicas (acne com coceira e

beliscar vs. acne com transtorno de escoriação comórbido) requer uma avaliação de até que ponto o beliscar a pele do indivíduo se tornou independente da condição dermatológica subjacente.

Transtornos induzidos por substâncias/medicamentos. Os sintomas de beliscar a pele também podem ser induzidos por certas substâncias (p. ex., cocaína), em cujo caso o transtorno de escoriação não deve ser diagnosticado. Se esse beliscar da pele é clinicamente significativo, então um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento deve ser considerado.

Comorbidade

O transtorno de escoriação é com frequência acompanhado de outros transtornos mentais. Estes incluem TOC e tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), bem como transtorno depressivo maior. Outros sintomas repetitivos focados no corpo, além de beliscar a pele e arrancar o cabelo (p. ex., roer as unhas), ocorrem em muitos indivíduos com transtorno de escoriação e podem merecer um diagnóstico adicional de outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado (i.e., transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo).

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Obsessões, compulsões, beliscar a pele, arrancar o cabelo, outros comportamentos repetitivos focados no corpo ou outros sintomas característicos do transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados predominam no quadro clínico.
B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A desenvolveram-se durante ou logo após intoxicação ou abstinência a substância ou após exposição a um medicamento.
   2. A substância/medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não induzido por substância/medicamento. Tais evidências de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado podem incluir as seguintes:
   Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (p. ex., cerca de um mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado independente não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito, além de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância, quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para indicar atenção clínica.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por [substância/medicamento específico] são indicados na tabela a seguir. Observe que o código da CID-10-MC depende da existência ou não de um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido com o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância, o caractere da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância (p. ex., "transtorno por uso de cocaína leve com transtorno obsessivo-compulsivo e

transtorno relacionado induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância for moderado ou grave, o caractere da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não existe transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após uma vez de uso pesado da substância), então o caractere da 4ª posição é "9" e o clínico deve registrar apenas transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.89	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	292.89	F14.188	F14.288	F14.988
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar se (ver a Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para diagnósticos associados à classe da substância):

Com início durante a intoxicação: Se os critérios para intoxicação pela substância são satisfeitos, e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios para abstinência da substância são satisfeitos, e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso de medicamento: Os sintomas podem aparecer no início do uso do medicamento ou após uma modificação ou mudança no uso.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (p. ex., cocaína) que presumivelmente está causando os sintomas obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados. O código diagnóstico é escolhido na tabela inclusa no conjunto de critérios, que está baseado na classe das substâncias. Para as substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes, o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, a categoria "substância desconhecida" deve ser usada.

O nome do transtorno é seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância e o transtorno por uso de substância em um único código, para a CID-9-MC é dado um código diagnóstico separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de comportamentos repetitivos ocorrendo durante a intoxicação em um homem com um transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é 292.89 transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por cocaína, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico adicional de 304.20 transtorno por uso de cocaína grave também é dado. Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado, cada uma deve ser listada separadamente.

CID-10-MC. O nome do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (p. ex., cocaína) que presumivelmente está causando os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados. O código diagnóstico é escolhido na tabela inclusa no conjunto de critérios, que está baseado na classe das substâncias e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para as substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes, o código para "outra substância" sem uso de substância comórbido deve ser usado; e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, a categoria "substância desconhecida" sem uso de substância comórbido deve ser usada.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra "com", seguida pelo nome do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância, seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento). Por exemplo, no caso de comportamentos repetitivos ocorrendo durante a intoxicação em um homem com um transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.288 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por cocaína, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado de transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é dado. Se o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância ocorre sem um transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., depois de uma vez de uso pesado da substância), não é anotado nenhum outro transtorno por uso de substância (p. ex., F15.988 transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por anfetamina, com início durante a intoxicação). Quando é considerado que mais de uma substância desempenha um papel significativo no desenvolvimento do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado, cada uma deve ser listada separadamente.

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento são os sintomas proeminentes de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado (Critério A) que são considerados devidos aos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento). Os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devem ter-se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de uma substância ou após a exposição a um medicamento ou toxina, e a substância/medicamento deve ser capaz de produzir os sintomas (Critério B). O transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou para uma condição médica geral deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo o medicamento. Depois que o tratamento é descontinuado, os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado geralmente irão melhorar ou remeter em dias, várias semanas, até um mês (dependendo da meia-vida da substância/medicamento). O diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento não deve ser dado se o início dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado precede a intoxicação por substância ou uso de medicamento ou se os sintomas persistem por um período de tempo substancial, geralmente mais de um mês, desde o momento da intoxicação grave ou da abstinência. Se os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado persistem por um período de tempo substancial, outras causas para os sintomas devem ser consideradas. O diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento deve ser feito adicionalmente a um diagnóstico de intoxicação por substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para indicar atenção clínica independente.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Obsessões, compulsões, arrancar os cabelos, beliscar a pele ou outros comportamentos repetitivos focados no corpo podem ocorrer em associação com intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Metais pesados e toxinas também podem causar sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado. Avaliações laboratoriais (p. ex., toxicologia da urina) podem ser úteis para medir a intoxicação por substância como parte de uma avaliação para transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados.

Prevalência

Na população em geral, os dados muito limitados que estão disponíveis indicam que o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é muito raro.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância. Os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado podem ocorrer na intoxicação por substância. O diagnóstico de intoxicação específica por substância geralmente será suficiente para categorizar a apresentação dos sintomas. Um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado deve ser feito, além da intoxicação por substância, quando os sintomas são considerados excessivos em relação àqueles comumente associados à intoxicação e são suficientemente graves para indicar atenção clínica independente.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado (i.e., não induzido por uma substância). O transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é considerado etiologicamente relacionado a substância/medicamento. É diferenciado de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado primário por meio da consideração do início, do curso e de outros fatores que dizem respeito a substâncias/medicamentos. Para as drogas de abuso, deve haver evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais para uso ou intoxicação. O transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento surge somente em associação com intoxicação, enquanto o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado primário pode preceder o início do uso de substância/medicamento. A presença de características atípicas de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado primário, como idade atípica de início dos sintomas, pode sugerir uma etiologia induzida por substâncias. O diagnóstico de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado primário é indicado se os sintomas persistem por um período de tempo substancial (cerca de um mês ou mais) após o fim da intoxicação por substância ou se o indivíduo tem história de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica. Se os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devem-se a outra condição médica (i.e., em vez de devido ao medicamento tomado para a outra condição médica), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve ser diagnosticado. A história com frequência fornece a base para julgamento. Ocasionalmente, uma mudança no tratamento para outra condição médica (p. ex., substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar se o medicamento é o agente causal (nesse caso, os sintomas podem ser mais bem explicados pelo transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento). Se a perturbação é atribuída a outra condição médica e ao uso de substância, ambos os diagnósticos (i.e., transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Quando existem evidências insuficientes para determinar se os sintomas são devidos a uma substância/medicamento ou a outra condição médica ou se são primários (i.e., não são atribuídos nem a uma substância/medicamento nem a outra condição médica), um diagnóstico de outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado ou não especificado seria indicado.

Delirium. Se os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado ocorrem exclusivamente durante o curso de *delirium*, eles são considerados uma característica associada ao *delirium* e não são diagnosticados separadamente.

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos **294.8 (F06.8)**

A. Obsessões, compulsões, preocupações com a aparência, acumulação, beliscar a pele, arrancar o cabelo, outros comportamentos repetitivos focados no corpo ou outros sintomas caracte-

rísticos do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado predominam no quadro clínico.

B. Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo: Se sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo predominam na apresentação clínica.
Com preocupações com a aparência: Se a preocupação com defeitos ou falhas percebidas na aparência predomina na apresentação clínica.
Com sintomas de acumulação: Se a acumulação predomina na apresentação clínica.
Com sintomas de arrancar o cabelo: Se arrancar o cabelo predomina na apresentação clínica.
Com sintomas de beliscar a pele: Se beliscar a pele predomina na apresentação clínica.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (p. ex., 294.8 [F06.8] transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a infarto cerebral). A outra condição médica deve ser codificada e listada em separado imediatamente antes do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica (p. ex., 438.89 [I69.398] infarto cerebral; 294.8 [F06.8] transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a infarto cerebral).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica são sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados clinicamente significativos que são considerados mais bem explicados como consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os sintomas podem incluir obsessões proeminentes, compulsões, preocupações com a aparência, acumulação, arrancar os cabelos, beliscar a pele ou outros comportamentos repetitivos focados no corpo (Critério A). O julgamento de que os sintomas são mais bem explicados pela condição médica associada deve estar baseado em evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais (Critério B). Além disso, deve ser avaliado se os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e sintomas relacionados ocorrem apenas durante o curso de *delirium* (Critério D). Os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).

Ao determinar se os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados são devidos a outra condição médica, uma condição médica relevante deve estar presente. Além disso, deve ser estabelecido se os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados podem ser etiologicamente relacionados à condição médica por meio de um mecanismo fisiopatológico e que isso explica melhor os sintomas do indivíduo. Embora não haja diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados e a condição médica é etiológica, as considerações que podem fornecer alguma orientação para fazer o diagnóstico incluem a presença de uma clara associação temporal entre o início, a exacerbação ou a remissão da condição médica e os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados; a presença de características atípicas de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado (p. ex., idade atípica de início ou curso); e evidências na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (p. ex., lesão estriatal) causa os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados. Além disso, a perturbação não pode ser mais bem explicada por um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado, um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento ou por outro transtorno mental.

Existe controvérsia sobre se os transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados podem ser atribuídos a uma infecção estreptocócica do Grupo A. A coreia de Sydenham é a manifestação neurológica da febre reumática, a qual, por sua vez, se deve a infecção estreptocócica do Grupo A. A coreia de Sydenham é caracterizada por uma combinação de características motoras e não motoras. As características não motoras incluem obsessões, compulsões, déficit de atenção e labilidade emocional. Embora os indivíduos com coreia de Sydenham possam apresentar características não psiquiátricas de febre reumática aguda, tais como cardite e artrite, podem mostrar sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo; essas pessoas devem ser diagnosticadas com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

Transtornos neuropsiquiátricos pediátricos autoimunes associados a infecções estreptocócicas (PANDAS) foram identificados como outro transtorno autoimune pós-infeccioso caracterizado pelo início súbito de obsessões, compulsões e/ou tiques acompanhados por uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos agudos na ausência de coreia, cardite ou artrite, após infecção estreptocócica do Grupo A. Embora exista um corpo de evidências que apoie a existência de PANDAS, este permanece sendo um diagnóstico controverso. Dada essa controvérsia permanente, a descrição de PANDAS foi modificada para eliminar fatores etiológicos e para designar uma entidade clínica ampliada: a síndrome neuropsiquiátrica pediátrica de início agudo (PANS), ou sintomas neuropsiquiátricos agudos idiopáticos na infância (CANS), que merece mais estudo.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Inúmeras doenças médicas incluem os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados como manifestação. Exemplos incluem distúrbios que levam a lesão estriatal, como o infarto cerebral.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e o curso do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica geralmente seguem o curso da doença subjacente.

Marcadores Diagnósticos

Avaliações laboratoriais e/ou exames médicos são necessários para confirmar o diagnóstico de outra condição médica.

Diagnóstico Diferencial

***Delirium*.** Um diagnóstico separado de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica não é dado se a perturbação ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*. No entanto, tal diagnóstico pode ser dado, além de um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior (demência), se a etiologia dos sintomas obsessivo-compulsivos é considerada uma consequência fisiológica do processo patológico que causa a demência e se os sintomas obsessivo-compulsivos são uma parte proeminente da apresentação clínica.

Apresentação mista de sintomas (p. ex., sintomas de humor e transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado). Se a apresentação inclui uma mistura de diferentes tipos de sintomas, o transtorno mental específico devido a outra condição médica depende de quais sintomas predominam no quadro clínico.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento. Se existem evidências de uso de substância recente ou uso prolongado (incluindo medicações com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a toxina, um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento deve ser considerado. Quando um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado

induzido por substância/medicamento está sendo diagnosticado em relação a drogas de abuso, pode ser útil obter um exame para droga na urina ou sangue ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (i.e., em quatro semanas) intoxicação ou abstinência de substância ou após uso de medicamento podem ser especialmente indicativos de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, dependendo do tipo, da duração ou da quantidade da substância usada.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados (primários). O transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve ser diferenciado de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado primário. Nos transtornos mentais primários, nenhum mecanismo fisiológico causal específico e direto associado a uma condição médica pode ser demonstrado. Idade de início tardia ou sintomas atípicos sugerem a necessidade de uma avaliação minuciosa para excluir o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade de doença é caracterizado por preocupação em ter ou adquirir uma doença grave. No caso desse transtorno, os indivíduos podem ou não ter condições médicas diagnosticadas.

Característica associada a outro transtorno mental. Os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados podem ser uma característica associada a outro transtorno mental (p. ex., esquizofrenia, anorexia nervosa).

Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado ou transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado. Esses diagnósticos são dados se não estiver claro se os sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados são primários, induzidos por substância ou devidos a outra condição médica.

Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Especificado

300.3 (F42)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. A categoria outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado" incluem os seguintes:

1. **Transtorno tipo dismórfico corporal com defeitos reais:** Este é semelhante ao transtorno dismórfico corporal, exceto pelo fato de os defeitos ou imperfeições na aparência física serem claramente observáveis pelos outros (i.e., eles são mais observáveis do que "leves"). Nesses casos, a preocupação com tais defeitos é claramente excessiva e causa prejuízo significativo ou sofrimento.
2. **Transtorno tipo dismórfico corporal sem comportamentos repetitivos:** Apresentações que satisfazem os critérios para transtorno dismórfico corporal, exceto pelo fato de o indivíduo não realizar comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações com a aparência.

3. **Transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo.** Caracterizado por comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo (p. ex., roer as unhas, morder os lábios, mastigar a bochecha) e tentativas repetidas de reduzi-los ou pará-los. Esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e não são mais bem explicados por tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), escoriação (*skin-picking*), transtorno de movimento estereotipado ou automutilação não suicida.
4. **Ciúme obsessivo:** Caracterizado pela preocupação não delirante com a infidelidade percebida do parceiro. As preocupações podem levar a comportamentos ou atos mentais repetitivos em resposta às preocupações com a infidelidade; elas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e não são mais bem explicadas por outro transtorno mental, como transtorno delirante, tipo ciumento, ou transtorno da personalidade paranoide.
5. ***Shubo-kyofu*:** Variante do *taijin kyofusho* (ver o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" no Apêndice) semelhante ao transtorno dismórfico corporal e caracterizada pelo medo excessivo de ter uma deformidade corporal.
6. ***Koro*:** Relacionado à síndrome *dhat* (ver o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" no Apêndice), um episódio de ansiedade abrupta e intensa de que o pênis (ou a vulva e os mamilos, nas mulheres) recue para dentro do corpo, possivelmente levando à morte.
7. ***Jikoshu-kyofu:*** Variante do *taijin kyofusho* (ver o "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento" no Apêndice) caracterizada pelo medo de ter um odor corporal desagradável (também denominada *síndrome de referência olfativa*).

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Não Especificado

300.3 (F42)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. A categoria transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores

Os transtornos relacionados a trauma e a estressores incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico e reúnem o transtorno de apego reativo, o transtorno de interação social desinibida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação. A disposição deste capítulo reflete a relação íntima entre esses diagnósticos e transtornos dos capítulos adjacentes: transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados e transtornos dissociativos.

O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto, está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos. Em virtude dessas expressões variáveis de sofrimento clínico depois da exposição a eventos catastróficos ou aversivos, esses transtornos foram agrupados em uma categoria distinta: *transtornos relacionados a trauma e a estressores.* Ademais, não é incomum que o quadro clínico inclua uma combinação dos sintomas mencionados (com ou sem sintomas de ansiedade ou medo). Esse quadro heterogêneo há muito já foi reconhecido também nos transtornos de adaptação. A negligência social – ou seja, a ausência de cuidados adequados durante a infância – é uma exigência diagnóstica tanto do transtorno de apego reativo quanto do transtorno de interação social desinibida. Embora esses dois transtornos compartilhem uma mesma etiologia, o primeiro é manifestado como um transtorno internalizante com sintomas depressivos e comportamento retraído, enquanto o último é marcado por desinibição e comportamento externalizante.

Transtorno de Apego Reativo

Critérios Diagnósticos **313.89 (F94.1)**

A. Um padrão consistente de comportamento inibido e emocionalmente retraído em relação ao cuidador adulto, manifestado por dois aspectos:
   1. A criança rara ou minimamente busca conforto quando aflita.
   2. A criança rara ou minimamente responde a medidas de conforto quando aflita.

B. Perturbação social e emocional persistente caracterizada por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
   1. Responsividade social e emocional mínima a outras pessoas.
   2. Afeto positivo limitado.
   3. Episódios de irritabilidade, tristeza ou temor inexplicados, evidentes até mesmo durante interações não ameaçadoras com cuidadores adultos.

C. A criança vivenciou um padrão de extremos de cuidado insuficiente evidenciado por pelo menos um dos seguintes aspectos:
   1. Negligência ou privação social na forma de ausência persistente do atendimento às necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afeição por parte de cuidadores adultos.

2. Mudanças repetidas de cuidadores, limitando as oportunidades de formar vínculos estáveis (p. ex., trocas frequentes de lares adotivos temporários).
3. Criação em contextos peculiares que limitam gravemente oportunidades de formar vínculos seletivos (p. ex., instituições com alta proporção de crianças por cuidador).

D. Presume-se que o cuidado do Critério C seja responsável pela perturbação comportamental do Critério A (p. ex., as perturbações do Critério A iniciam após a ausência de cuidado adequado do Critério C).
E. Não são preenchidos os critérios para transtorno do espectro autista.
F. A perturbação é evidente antes dos 5 anos de idade.
G. A criança tem uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.

Especificar se*:*

Persistente: O transtorno está presente há mais de 12 meses.

Especificar a gravidade atual:

O transtorno de apego reativo é especificado como **grave** quando a criança exibe todos os sintomas do transtorno, e cada sintoma se manifesta em níveis relativamente elevados.

Características Diagnósticas

O transtorno de apego reativo é caracterizado por um padrão de comportamentos de vínculo extremamente perturbados e inapropriados em termos do desenvolvimento infantil, nos quais a criança rara ou minimamente recorre de preferência a uma figura de apego para obter conforto, apoio, proteção e carinho. A característica essencial é a ausência ou um vínculo grosseiramente não desenvolvido entre a criança e os supostos cuidadores adultos. Acredita-se que crianças com transtorno de apego reativo tenham a capacidade de formar vínculos seletivos. Entretanto, em virtude das oportunidades limitadas durante o desenvolvimento inicial, elas não conseguem demonstrar as manifestações comportamentais de vínculos seletivos. Isto é, quando aflitas, não demonstram esforços consistentes para obter conforto, apoio, carinho ou proteção dos cuidadores. Ademais, quando aflitas, crianças com esse transtorno não respondem mais do que minimamente aos esforços reconfortantes dos cuidadores. Dessa forma, o transtorno está associado à ausência da procura esperada por conforto e de resposta a comportamentos reconfortantes. Por isso, crianças com transtorno de apego reativo mostram diminuição ou ausência de expressão de emoções positivas durante interações de rotina com os cuidadores. Além disso, sua capacidade de regular emoções é comprometida, e essas crianças manifestam episódios de emoções negativas de medo, tristeza ou irritabilidade que não são facilmente explicadas. Não se deve fazer um diagnóstico de transtorno de apego reativo em crianças incapazes, pelo estágio do desenvolvimento, de formar vínculos seletivos. Por essa razão, é preciso que a criança tenha uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Em virtude da associação etiológica com negligência social, o transtorno de apego reativo ocorre com frequência concomitantemente a atrasos no desenvolvimento, sobretudo atrasos na cognição e na linguagem. Outras características associadas incluem estereotipias e outros sinais de negligência grave (p. ex., desnutrição ou sinais de maus cuidados).

Prevalência

A prevalência do transtorno de apego reativo é desconhecida, mas ele é relativamente raro em contextos clínicos. Observou-se o transtorno em crianças pequenas expostas a negligência grave antes de serem colocadas em lares adotivos temporários ou criadas em instituições. Entretanto, o transtorno é incomum até mesmo em populações de crianças gravemente negligenciadas, ocorrendo em menos de 10% delas.

Desenvolvimento e Curso

Condições de negligência social estão frequentemente presentes nos primeiros meses de vida em crianças diagnosticadas com transtorno de apego reativo, até mesmo antes de ele ser diagnosticado. As características clínicas do transtorno manifestam-se de maneira semelhante entre 9 meses e 5 anos de idade. Isto é, sinais de comportamentos de apego ausentes a mínimos e comportamentos emocionalmente aberrantes associados são evidentes em crianças nessa faixa etária, embora diferenças nas habilidades cognitivas e motoras possam afetar a expressão desses comportamentos. Sem tratamento e recuperação por meio de ambientes de cuidado, parece que os sinais do transtorno podem persistir, pelo menos por muitos anos.

Não está claro se o transtorno de apego reativo ocorre em crianças mais velhas e, caso ocorra, como sua apresentação difere da de crianças menores. Por isso, o diagnóstico deverá ser feito com cautela em crianças com mais de 5 anos de idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Negligência social grave é um critério diagnóstico necessário para o transtorno de apego reativo e é também o único fator de risco conhecido para o transtorno. Entretanto, a maioria das crianças gravemente negligenciadas não desenvolve esse transtorno. O prognóstico parece depender da qualidade do ambiente de cuidados depois da negligência grave.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Comportamentos de apego similares foram descritos em crianças pequenas em muitas culturas diferentes no mundo inteiro. Entretanto, é preciso ter cautela ao diagnosticar transtorno de apego reativo em culturas nas quais o apego não foi estudado.

Consequências Funcionais do Transtorno de Apego Reativo

O transtorno de apego reativo prejudica de maneira significativa a capacidade das crianças menores de se relacionar com adultos ou amigos e está associado a prejuízo funcional em diversos domínios da primeira infância.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno do espectro autista. Comportamentos sociais aberrantes manifestam-se em crianças pequenas com transtorno de apego reativo, mas também são aspectos-chave dos transtorno do espectro autista. De maneira mais específica, crianças pequenas com ambas as condições podem manifestar expressão reduzida de emoções positivas, atrasos cognitivos e de linguagem, além de prejuízos na reciprocidade social. Consequentemente, é preciso diferenciar o transtorno de apego reativo do transtorno do espectro autista. Esses dois transtornos podem ser distinguidos com base em histórias diferenciadas de negligência e na presença de interesses restritos ou comportamentos ritualísticos, déficit específico na comunicação social e comportamentos de vínculo seletivos. Crianças com transtorno de apego reativo sofreram negligência social grave, embora nem sempre seja possível obter histórias detalhadas a respeito da natureza precisa de suas experiências, especialmente nas avaliações iniciais. Crianças com transtorno do espectro autista apenas raramente terão história de negliência social. A presença de interesses restritos e de comportamentos repetitivos típicos do transtorno do espectro autista não é uma característica do transtorno de apego reativo. Essas características clínicas manifestam-se como uma adesão excessiva a rituais e rotinas; interesses restritos e fixos; e reações sensoriais incomuns. Entretanto, é importante observar que crianças com ambas as condições podem exibir comportamentos estereotipados como balançar o corpo ou brincar com as mãos. Crianças com ambos os transtornos também podem exibir funcionamento

intelectual variado, mas apenas aquelas com transtorno do espectro autista exibem prejuízos seletivos em comportamentos comunicativos sociais, como comunicação intencional (i.e., prejuízo na comunicação que é deliberada, orientada por objetivo e voltada para influenciar o comportamento interlocutor). Crianças com transtorno de apego reativo mostram funcionamento comunicativo social compatível com seu nível global de funcionamento intelectual. Por fim, crianças com transtorno do espectro autista mostram regularmente comportamentos de apego típicos para o seu nível de desenvolvimento. Já aquelas com transtorno de apego reativo o fazem apenas raramente ou de maneira inconsistente, se o fizerem.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Atrasos no desenvolvimento com frequência acompanham o transtorno de apego reativo, mas não devem ser confundidos com ele. Crianças com deficiência intelectual devem exibir habilidades sociais e emocionais compatíveis com suas habilidades cognitivas e não demonstram a redução profunda no afeto positivo e dificuldades de regulagem de emoções evidentes em crianças com transtorno de apego reativo. Além disso, crianças com atrasos no desenvolvimento que chegaram a uma idade cognitiva de 7 a 9 meses deverão demonstrar vínculos seletivos independentemente de sua idade cronológica. Por sua vez, crianças com transtorno de apego reativo exibem ausência de vínculo preferencial a despeito de terem chegado a uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.

Transtornos depressivos. A depressão em crianças pequenas também está associada a reduções no afeto positivo. Entretanto, há evidências limitadas para sugerir que crianças com transtornos depressivos tenham prejuízos no apego. Ou seja, crianças pequenas diagnosticadas com transtornos depressivos ainda deverão buscar e responder a esforços dos cuidadores para proporcionar conforto.

Comorbidade

Condições associadas a negligência, incluindo atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias, frequentemente são concomitantes com o transtorno de apego reativo. Condições clínicas, como desnutrição grave, podem acompanhar sinais do transtorno, e sintomas depressivos também podem ocorrer de forma concomitante com o transtorno.

Transtorno de Interação Social Desinibida

Critérios Diagnósticos **313.89 (F94.2)**

A. Um padrão de comportamento no qual uma criança aborda e interage com adultos desconhecidos e exibe pelo menos dois dos seguintes comportamentos:
   1. Discrição reduzida ou ausente em abordar e interagir com adultos desconhecidos.
   2. Comportamento verbal ou físico excessivamente familiar (não compatível com limites sociais culturalmente aceitos ou apropriados à idade).
   3. Diminuição ou ausência de retorno ao cuidador adulto depois de aventurar-se, mesmo em contextos não familiares.
   4. Vontade de sair com um adulto estranho com mínima ou nenhuma hesitação.

B. Os comportamentos do Critério A não se limitam a impulsividade (como no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade), incluindo comportamento socialmente desinibido.

C. A criança sofreu um padrão de extremos de cuidado insuficiente evidenciado por pelo menos um dos seguintes aspectos:
   1. Negligência ou privação social na forma de ausência persistente de atendimento às suas necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afeto por parte de cuidadores adultos.
   2. Mudanças repetidas de cuidadores, limitando as oportunidades de formar vínculos estáveis (p. ex., trocas frequentes de lares adotivos temporários).
   3. Criação em contextos peculiares que limitam gravemente as oportunidades de formar vínculos seletivos (p. ex., instituições com alta proporção de crianças por cuidador).

D. Presume-se que o cuidado do Critério C seja responsável pela perturbação comportamental do Critério A (p. ex., as perturbações do Critério A começam depois do cuidado patogênico do Critério C).
E. A criança tem uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.

Especificar se:

Persistente: O transtorno está presente por mais de 12 meses.

Especificar a gravidade atual:

O transtorno de interação social desinibida é especificado como **grave** quando a criança exibe todos os sintomas do transtorno, e cada sintoma se manifesta em níveis relativamente elevados.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de interação social desinibida é um padrão de comportamento que envolve uma conduta excessivamente familiar e culturamente inapropriada com pessoas estranhas (Critério A). Esse comportamento excessivamente familiar viola os limites sociais da cultura. Um diagnóstico de transtorno de interação social desinibida não deverá ser feito antes de a criança ser capaz, em termos do desenvolvimento, de formar vínculos seletivos. Por essa razão, é preciso que a criança tenha uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Em virtude da associação etiológica com negligência social, o transtorno de interação social desinibida pode coexistir com atrasos no desenvolvimento, especialmente atrasos cognitivos e de linguagem, estereotipias e outros sinais de negligência grave, como desnutrição ou maus cuidados. Entretanto, os sinais do transtorno com frequência persistem mesmo depois de outros sinais de negligência não estarem mais presentes. Portanto, não é incomum que crianças com o transtorno apresentem-se sem sinais atuais de negligência. Ademais, a condição pode estar presente em crianças que não exibem sinais de vínculo perturbado. Assim, o transtorno de interação social desinibida pode ser visto em crianças com história de negligência que carecem de vínculos ou cujos vínculos com seus cuidadores variam de perturbados até seguros.

Prevalência

A prevalência do transtorno de interação social desinibida é desconhecida. Contudo, o transtorno parece ser raro, ocorrendo em uma minoria de crianças, mesmo naquelas que foram gravemente negligenciadas e subsequentemente colocadas em lares adotivos temporários ou criadas em instituições. Nessas populações de alto risco, a condição ocorre em apenas cerca de 20% das crianças. A condição é vista raramente em outros contextos clínicos.

Desenvolvimento e Curso

Condições de negligência social estão frequentemente presentes nos primeiros meses de vida em crianças diagnosticadas com transtorno de interação social desinibida, mesmo antes de ele ser diagnosticado. Entretanto, não há evidências de que a negligência antes dos 2 anos de idade esteja associada a manifestações do transtorno. Se a negligência ocorrer precocemente, e sinais do transtorno se manifestarem, as características clínicas do transtorno são moderadamente estáveis com o tempo, sobretudo se as condições de negligência persistirem. O comportamento social indiscriminado e a ausência de reserva com adultos estranhos na criança pequena (1 a 3 anos de idade) são acompanhados por comportamentos de busca de atenção nos pré-escolares. Quando o transtorno persiste na infância intermediária, as características clínicas manifestam-se como excesso de intimidade verbal e física, além de expressão não autêntica de emoções. Esses sinais parecem ficar particularmente aparentes quando a criança interage com adultos. As relações com

os pares ficam mais afetadas na adolescência, com comportamento indiscriminado e conflitos aparentes. O transtorno não foi descrito em adultos.

O transtorno de interação social desinibida foi descrito a partir do segundo ano de vida até a adolescência. Existem algumas diferenças na manifestação do transtorno desde a primeira infância até a adolescência. Nas idades mais jovens, em muitas culturas, as crianças mostram reserva ao interagir com estranhos. Crianças pequenas com o transtorno não mostram reserva em se aproximar, interagir e até mesmo acompanhar adultos. Nas crianças pré-escolares, a intromissão verbal e social aparece de forma mais proeminente, muitas vezes acompanhada por comportamentos para chamar atenção. A intimidade verbal e física excessiva continua na infância intermediária, acompanhada por expressões não autênticas de emoção. Na adolescência, o comportamento indiscrimado estende-se aos pares. Em relação a adolescentes sadios, aqueles com o transtorno têm relacionamentos mais "superficiais" e conflituosos com os pares. As manifestações do transtorno na idade adulta são desconhecidas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Negligência social grave é uma exigência diagnóstica para o transtorno de interação social desinibida e também se trata do único fator de risco conhecido para o transtorno. Entretanto, a maioria das crianças gravemente negligenciadas não desenvolve a perturbação. Uma vulnerabilidade neurobiológica pode diferenciar crianças negligenciadas que desenvolvem e não desenvolvem o transtorno. No entanto, ainda não foi estabelecida nenhuma ligação definida com algum fator neurobiológico específico. O transtorno não foi identificado em crianças que sofrem negligência social depois dos 2 anos de idade. O prognóstico está apenas moderadamente associado à qualidade do ambiente de cuidados depois da negligência grave. Em muitos casos, o transtorno persiste até mesmo em crianças cujo ambiente de cuidados melhora de maneira marcante.

Modificadores do curso. A qualidade dos cuidados parece moderar o curso do transtorno de interação social desinibida. Contudo, até mesmo depois de colocadas em ambientes de cuidados, algumas crianças mostram sinais persistentes do transtorno, pelo menos até a adolescência.

Consequências Funcionais do Transtorno de Interação Social Desinibida

O transtorno de interação social desinibida prejudica de maneira significativa as habilidades das crianças mais jovens em seus relacionamentos interpessoais com adultos e pares.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Em virtude da impulsividade social que às vezes acompanha o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), é preciso diferenciar os dois transtornos. Crianças com o transtorno de interação social desinibida podem se diferenciar das que apresentam TDAH por não exibirem dificuldades com atenção ou hiperatividade.

Comorbidade

Poucas pesquisas examinaram a questão de transtornos comórbidos com o transtorno de interação social desinibida. Condições associadas a negligência, incluido atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias, podem ocorrer concomitantemente ao transtorno de interação social desinibida. Além disso, as crianças podem ser diagnosticadas com TDAH e transtorno de interação social desinibida ao mesmo tempo.

Transtorno de Estresse Pós-traumático

Critérios Diagnósticos **309.81 (F43.10)**

Transtorno de estresse pós-traumático

Nota: Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade. Para crianças com menos de 6 anos, consulte os critérios correspondentes a seguir.

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
   1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
   2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
   3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
   4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

      Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:
   1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

      Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.
   2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.

      Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
   3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

      Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
   4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
   5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:
   1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
   2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
   1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
   2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Sou mau", "Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre").

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se:

Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças de 6 anos ou menos

A. Em crianças de 6 anos ou menos, exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido com outras pessoas, especialmemte cuidadores primários.

   Nota: O testemunho não inclui eventos vistos apenas em mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com pai/mãe ou cuidador.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:
1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
   Nota: Lembranças espontâneas e intrusivas podem não parecer necessariamente angustiantes e podem ser expressas como reencenação em brincadeiras.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou a emoção do sonho estão relacionados ao evento traumático.

   Nota: Pode não ser possível determinar que o conteúdo assustador está relacionado ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais a criança sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema manifestada como uma perda completa da percepção do ambiente ao redor.) Essa reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a lembranças do evento traumático.

C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas, representando evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático ou alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático, deve estar presente, começando depois do evento ou piorando após sua ocorrência.

Evitação persistente de estímulos

1. Evitação ou esforços para evitar atividades, lugares ou lembranças físicas que despertem recordações do evento traumático.
2. Evitação ou esforços para evitar pessoas, conversas ou situações interpessoais que despertem recordações do evento traumático.

Alterações negativas em cognições

3. Frequência substancialmente maior de estados emocionais negativos (p. ex., medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).
4. Interesse ou participação bastante diminuídos em atividades significativas, incluindo redução do brincar.
5. Comportamento socialmente retraído.
6. Redução persistente na expressão de emoções positivas.

D. Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois de sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente manifestados como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos (incluindo acessos de raiva extremos).
2. Hipervigilância.
3. Respostas de sobressalto exageradas.
4. Problemas de concentração.
5. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

E. A perturbação dura mais de um mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações com pais, irmãos, amigos ou outros cuidadores ou no comportamento na escola.

G. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento ou álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para transtorno de estresse pós-traumático, e o indivíduo sofre sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, é preciso que os sintomas dissociativos não sejam atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se:

Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. As reações emocionais ao evento traumático (p. ex., medo, desespero, horror) não fazem mais parte do Critério A. A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores. Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas.

Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves. Para crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento sem violência física ou lesão. Uma doença potencialmente fatal ou uma condição clínica debilitante não são consideradas necessariamente eventos traumáticos. Incidentes médicos que se qualificam como eventos traumáticos incluem eventos súbitos e catastróficos (p. ex., despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observação de ameça de lesão ou lesão real grave, morte natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa em virtude de agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou desastre ou catástrofe médica envolvendo um filho (p. ex., uma hemorragia potencialmente fatal). A exposição indireta por ter conhecimento do evento está limitada a experiências que afetam parentes ou amigos próximos e experiências violentas ou acidentais (p. ex., morte por causas naturais não se qualifica). Esses eventos incluem ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave e lesão grave. O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (p. ex., tortura, violência sexual).

O evento traumático pode ser revivenciado de diversas maneiras. É comum que a pessoa tenha lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento (Critério B1). As lembranças intrusivas no TEPT são distintas das ruminações depressivas no sentido de que só se aplicam a recordações angustiantes involuntárias e intrusivas. A ênfase é nas lembranças recorrentes do evento, as quais normalmente incluem componentes comportamentais sensoriais, emocionais ou fisiológicos. Um sintoma comum de revivência são sonhos angustiantes que repetem o evento em si ou são representativos ou relacionados tematicamente às ameaças principais envolvidas no evento traumático (Critério B2). A pessoa pode sofrer estados dissociativos que duram desde alguns segundos até várias horas ou até mesmo dias, durante os quais aspectos do evento são revividos e a pessoa se comporta como se o evento estivesse ocorrendo naquele momento (Critério B3). Esses eventos ocorrem em um *continuum* desde intrusões visuais ou sensoriais breves de parte do evento traumático sem perda de senso de realidade até a perda total de percepção do ambiente ao redor. Esses episódios, conhecidos como *flashbacks*, são geralmente breves, mas

podem estar associados a sofrimento prolongado e excitação elevada. No caso de crianças pequenas, a reencenação de eventos relacionados ao trauma pode aparecer na brincadeira ou em estados dissociativos. Frequentemente ocorre sofrimento psicológico intenso (Critério B4) ou reatividade fisiológica (Critério B5) quando o indivíduo é exposto a eventos precipitadores que se assemelham a ou simbolizam algum aspecto do evento traumático (p. ex., dias ventosos depois de um furacão; ver alguém parecido com o criminoso). O fator desencadeante pode ser uma sensação física (p. ex., tontura para sobreviventes de traumatismo craniano; frequência cardíaca acelerada para uma criança previamente traumatizada), particularmente para indivíduos com quadros altamente somáticos.

Estímulos associados ao trauma são evitados de maneira persistente (p. ex., sempre ou quase sempre). O indivíduo costuma fazer esforços deliberados para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos ou diálogos a respeito do evento traumático (p. ex., utilizando técnicas de distração para evitar recordações internas) (Critério C1) e para evitar atividades, objetos, situações ou pessoas que desencadeiem lembranças do evento (Critério C2).

Alterações negativas em cognições ou no humor associadas ao evento surgem ou pioram depois da exposição a ele. Essas alterações negativas podem assumir várias formas, incluindo incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático; esse tipo de amnésia deve-se essencialmente a amnésia dissociativa, e não a lesão craniana, álcool ou drogas (Critério D1). Outra forma são expectativas negativas exageradas e persistentes (i.e., sempre ou quase sempre) a respeito de aspectos importantes da vida que se aplicam à vítima, a outras pessoas ou ao futuro (p. ex., "Sempre tive pouco discernimento"; "Não se pode confiar em figuras de autoridade") que podem se manifestar como uma mudança negativa na identidade percebida desde o trauma (p. ex., "Nunca mais poderei confiar em alguém"; Critério D2). Indivíduos com TEPT podem ter cognições errôneas persistentes a respeito das causas do evento traumático que as levam a se culpar ou a culpar os outros (p. ex., "É culpa minha ter sido abusada pelo meu tio") (Critério D3). Um estado de humor negativo persistente (p. ex., medo, horror, raiva, culpa, vergonha) surge ou piora depois da exposição ao evento (Critério D4). O indivíduo pode apresentar interesse ou participação notadamente menor em atividades que antes eram prazerosas (Critério D5), sentindo-se alheio ou isolado de outras pessoas (Critério D6), ou incapacidade persistente de sentir emoções positivas (especialmente felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas a intimidade, ternura e sexualidade) (Critério D7).

Indivíduos com TEPT podem irritar-se facilmente e até mesmo adotar um comportamento físico e/ou verbal agressivo com pouca ou nenhuma provocação (p. ex., gritar com os outros, envolver-se em brigas, destruir objetos) (Critério E1). Eles podem também adotar um comportamento imprudente ou autodestrutivo, como direção perigosa, uso excessivo de álcool ou drogas, ou um comportamento automutilante ou suicida (Critério E2). O TEPT é com frequência caracterizado por hipersensibilidade a ameaças potenciais, incluindo as relacionadas à experiência traumática (p. ex., depois de um acidente automobilístico, ficar especialmente sensível à ameaça potencial representada por carros ou caminhões) e as não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de sofrer infarto agudo do miocárdio) (Critério E3). Indivíduos com TEPT podem mostrar-se bastante reativos a estímulos inesperados, exibindo uma resposta de sobressalto intensa ou tensão/nervosismo a ruídos elevados ou movimentos inesperados (p. ex., pulando de susto em resposta ao toque de um telefone) (Critério E4). Dificuldades de concentração, incluindo dificuldade para lembrar de eventos diários (p. ex., esquecer o número do próprio telefone) ou participar de tarefas que exigem concentração (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período), são comumente relatadas (Critério E5). Problemas para iniciar e manter o sono são comuns e podem estar associados a pesadelos e preocupações com a segurança ou a hiperexcitação generalizada, que interfere no sono adequado (Critério E6). Alguns indivíduos também sofrem sintomas dissociativos persistentes de distanciamento do próprio corpo (despersonalização) ou do mundo ao redor (desrealização); isso se reflete no especificador "com sintomas dissociativos".

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A regressão do desenvolvimento, como a perda da fala em crianças pequenas, pode ocorrer. Pseudoalucinações auditivas, como ter a experiência sensorial de escutar seus próprios pensamentos ditos em uma voz ou em vozes diferentes, bem como ideias paranoides, podem estar presentes. Depois de eventos traumáticos graves, prolongados e repetidos (p. ex., abuso infantil, tortura), o indivíduo pode apresentar também dificuldades na regulagem de emoções ou para manter relacionamentos interpessoais estáveis, ou ainda sintomas dissociativos. Quando o evento traumático produz morte violenta, sintomas de luto complicado e TEPT podem estar presentes.

Prevalência

Nos Estados Unidos, o risco ao longo da vida projetado para TEPT usando critérios do DSM-IV aos 75 anos de idade é de 8,7%. A prevalência em 12 meses entre adultos norte-americanos é de aproximadamente 3,5%. Estimativas menores são vistas na Europa e na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina, agrupando-se em torno de 0,5 a 1,0%. Apesar de grupos distintos terem níveis diferentes de exposição a eventos traumáticos, a probabilidade condicional de desenvolver TEPT depois de um nível semelhante de exposição também pode variar entre os grupos culturais. As taxas de TEPT são maiores entre veteranos de guerra e outros cuja ocupação aumente o risco de exposição traumática (p. ex., policiais, bombeiros, socorristas). As taxas mais altas (desde um terço a mais da metade dos expostos) são encontradas entre sobreviventes de estupro, combate e captura militar, em sobreviventes de campo de concentração e genocídio com motivação étnica ou política. A prevalência do transtorno pode variar de acordo com o desenvolvimento; crianças e adolescentes, incluindo crianças em idade pré-escolar, geralmente têm exibido uma prevalência menor depois da exposição a eventos traumáticos graves; entretanto, esse fato pode se dever às informações insuficientes, nos critérios prévios, quanto ao desenvolvimento. A prevalência de TEPT completo também parece ser menor entre adultos mais velhos comparados à população em geral; há evidências de que apresentações subclínicas são mais comuns do que TEPT completo na velhice e de que esses sintomas estão associados a um prejuízo clínico substancial. Comparados a brancos norte-americanos não latinos, taxas maiores do transtorno foram relatadas entre latinos norte-americanos, afro-americanos e nativos americanos, e taxas menores relatadas entre americanos asiáticos, depois de ajustes por exposição traumática e variáveis demográficas.

Desenvolvimento e Curso

O TEPT pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. Os sintomas geralmente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos. Existem evidências abundantes para o que o DSM-IV chamou de "início tardio", mas que agora é chamado de "expressão tardia", com o reconhecimento de que alguns sintomas normalmente se manifestam imediatamente e de que a demora está em satisfazer plenamente os critérios.

Com frequência, a reação de um indivíduo a um trauma satisfaz inicialmente os critérios para transtorno de estresse agudo imediatamente após o trauma. Os sintomas de TEPT e a predominância relativa de diferentes sintomas podem variar com o tempo. A duração dos sintomas também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos. A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta a recordações do trauma original, estressores na vida presente ou experiências de eventos traumáticos novos. No caso de indivíduos mais velhos, a deterioração da saúde, a piora do funcionamento cognitivo e o isolamento social podem exacerbar sintomas de TEPT.

A expressão clínica da revivência pode variar de acordo com o desenvolvimento. Crianças pequenas podem relatar o surgimento de sonhos assustadores sem conteúdo específico do evento

traumático. Antes dos 6 anos de idade (ver critérios para o subtipo pré-escolar), as crianças pequenas são mais propensas a expressar sintomas de revivência por meio da brincadeira que se refere direta ou simbolicamente ao trauma. Elas podem não manifestar reações de medo no momento da exposição ou durante a revivência. Os pais podem relatar uma ampla gama de mudanças emocionais ou comportamentais nas crianças pequenas. As crianças podem focar em intervenções imaginárias nos seus jogos ou ao contar histórias. Além da evitação, elas podem ficar apreensivas com lembranças. Em virtude das limitações das crianças pequenas para expressar pensamentos e definir emoções, alterações negativas no humor ou na cognição tendem a envolver essencialmente mudanças de humor. As crianças podem vivenciar traumas concomitantes (p. ex., abuso físico, testemunho de violência doméstica) e, em circunstâncias crônicas, talvez não consigam identificar o início da sintomatologia. O comportamento de evitação pode estar associado a restrição do brincar ou do comportamento exploratório em crianças pequenas; participação reduzida em novas atividades em crianças de idade escolar; ou relutância em buscar o que o desenvolvimento oportuniza em adolescentes (p. ex., namorar, dirigir). Crianças mais velhas e adolescentes podem julgar-se covardes. Os adolescentes podem nutrir crenças de terem mudado a ponto de terem-se tornado socialmente indesejáveis e estranhos a seus pares (p. ex., "Agora nunca mais vou me encaixar") e perder aspirações para o futuro. O comportamento irritadiço ou agressivo em crianças e adolescentes pode interferir nas relações com os colegas e na conduta escolar. O comportamento imprudente pode levar a lesões acidentais a si mesmo ou a outras pessoas, busca de emoções fortes ou comportamentos de alto risco. Indivíduos que continuam a sofrer de TEPT na idade adulta avançada podem apresentar menos sintomas de hiperexcitação, evitação e cognições e humor negativos comparados a adultos mais jovens com o transtorno, embora adultos expostos a eventos traumáticos posteriormente na velhice possam manifestar mais evitação, hiperexcitação, problemas de sono e crises de choro do que adultos mais jovens expostos aos mesmos eventos traumáticos. Nos mais velhos, o transtorno está associado a percepções de saúde negativas, utilização da rede de atenção básica e ideação suicida.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os fatores de risco (e de proteção) geralmente são divididos em fatores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

Temperamentais. Incluem problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade (p. ex., exposição traumática pregressa, problemas de ansiedade ou externalizações) e transtornos mentais prévios (p. ex., transtorno de pânico, transtorno depressivo, TEPT ou transtorno obsessivo-compulsivo [TOC]).

Ambientais. Incluem *status* socioeconômico mais baixo; grau de instrução inferior; exposição anterior a trauma (especialmente durante a infância); adversidades na infância (p. ex., privação econômica, disfunção familiar, separação ou morte dos pais); características culturais (p. ex., estratégias de enfrentamento pessimistas ou de autoacusação); inteligência inferior; *status* de minoria racial/étnica; e história psiquiátrica familiar. O apoio social antes da exposição ao evento é protetor.

Genéticos e fisiológicos. Incluem gênero feminino e idade mais jovem no momento da exposição ao trauma (para adultos). Alguns genótipos podem ser ou protetores, ou promotores do risco de desenvolver TEPT depois da exposição a eventos traumáticos.

Fatores peritraumáticos

Ambientais. Incluem gravidade (dose) do trauma (quanto maior a magnitude do trauma, maior a probabilidade de TEPT), ameaça percebida à vida, lesão pessoal, violência interpessoal (particularmente trauma perpetrado por um cuidador ou envolvendo uma ameaça presenciada a um cuidador em crianças) e, para pessoal militar, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades

ou matar o inimigo. Por fim, a dissociação que ocorre durante o trauma e persiste subsequentemente é um fator de risco.

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais. Incluem avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo.

Ambientais. Incluem exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma. O apoio social (incluindo estabilidade familiar para crianças) é um fator protetor que modera a evolução depois do trauma.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O risco do surgimento e da gravidade do TEPT pode diferir entre grupos culturais em função da variação no tipo de exposição traumática (p. ex., genocídio), do impacto do significado atribuído ao evento traumático na gravidade do transtorno (p. ex., incapacidade de fazer os ritos funerários depois um evento com mortes em massa), do contexto sociocultural vigente (p. ex., morar entre criminosos não punidos em contextos pós-conflito) e de outros fatores culturais (p. ex., estresse de aculturação em imigrantes). O risco relativo de TEPT de exposições específicas (p. ex., perseguição religiosa) pode variar entre grupos culturais. A expressão clínica dos sintomas ou conjuntos de sintomas de TEPT pode variar em termos culturais, particularmente com relação a sintomas de evitação e torpor, sonhos angustiantes e sintomas somáticos (p. ex., tontura, falta de ar, sensações de calor).

Síndromes e expressões idiomáticas culturais para o sofrimento influenciam a expressão de TEPT e a gama de transtornos comórbidos em culturas diferentes ao propiciar modelos comportamentais e cognitivos que associam exposições traumáticas a sintomas específicos. Por exemplo, sintomas de ataque de pânico podem estar salientados no TEPT entre cambojanos e latino-americanos em virtude da associação de exposição traumática com ataques de *khyâl* semelhantes ao pânico e *ataque de nervios*. A avaliação abrangente das expressões locais de TEPT deverá incluir a análise de conceitos culturais de sofrimento (ver capítulo "Formulação Cultural", na Seção III).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O TEPT é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino ao longo da vida. Mulheres na população em geral sofrem TEPT de duração maior do que os homens. Pelo menos parte do risco maior de TEPT no sexo feminino parece ser atribuível a uma probabilidade maior de exposição a eventos traumáticos, como estupro e outras formas de violência interpessoal. Em populações expostas especificamente a esses estressores, as diferenças de gênero no risco de TEPT são atenuadas ou não significativas.

Risco de Suicídio

Eventos traumáticos, como abuso infantil, aumentam o risco de suicídio de uma pessoa. O TEPT está associado a ideação suicida e tentativas de suicídio, e a presença do transtorno pode indicar quais indivíduos com essa ideação acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometer suicídio.

Consequências Funcionais do Transtorno de Estresse Pós-traumático

O TEPT está associado a níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, bem como a custos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos. O pre-

juízo ao funcionamento fica evidente nos domínios social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, da saúde física e profissional. Em amostras da comunidade e de veteranos de guerra, o TEPT está associado a relações sociais e familiares empobrecidas, ausências ao trabalho, renda mais baixa e menor sucesso acadêmico e profissional.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de adaptação. Nos transtornos de adaptação, o estressor pode ser de qualquer gravidade ou tipo em vez dos exigidos pelo Critério A de TEPT. O diagnóstico de um transtorno de adaptação é usado quando a resposta a um estressor que satisfaz o Critério A de TEPT não satisfaz todos os outros critérios do transtorno (ou critérios de outro transtorno mental). Um transtorno de adaptação também é diagnosticado quando o padrão sintomático de TEPT ocorre em resposta a um estressor que não satisfaz o Critério A de TEPT (p. ex., separação/abandono conjugal, demissão do trabalho).

Outros transtornos e condições pós-traumáticas. Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor extremo necessariamente deve ser atribuída ao TEPT. O diagnóstico requer que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbação dos sintomas. Ademais, se o padrão de resposta sintomática ao estressor extremo satisfaz critérios de outro transtorno mental, esses diagnósticos devem ser dados em vez do, ou além do, TEPT. Outros diagnósticos e condições são excluídos se forem mais bem explicados por TEPT (p. ex., sintomas de transtorno de pânico que ocorrem apenas depois da exposição a lembranças traumáticas). Se graves, os padrões de resposta sintomática ao estressor extremo podem justificar um diagnóstico em separado (p. ex., amnésia dissociativa).

Transtorno de estresse agudo. O transtorno de estresse agudo é distinto do TEPT porque seu padrão sintomático é restrito à duração de 3 dias a 1 mês depois da exposição ao evento traumático.

Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo. No TOC, existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes satifazem os critérios de uma obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado; compulsões costumam estar presentes; e outros sintomas de TEPT ou transtorno de estresse agudo estão em geral ausentes. Nem os sintomas de excitação e dissociativos do transtorno de pânico, nem a evitação, a irritabilidade e a ansiedade do transtorno de ansiedade generalizada estão associados a um evento traumático específico. Os sintomas do transtorno de ansiedade de separação estão claramente relacionados à separação do lar ou da família, em vez de a um evento traumático.

Transtorno depressivo maior. A depressão maior pode ou não ser precedida por um evento traumático e deverá ser diagnosticada se outros sintomas de TEPT estiverem ausentes. Mais especificamente, o transtorno depressivo maior não inclui nenhum sintoma dos Critérios B ou C do TEPT nem uma série de sintomas dos Critérios D ou E desse transtorno.

Transtornos da personalidade. Dificuldades interpessoais que tiveram seu início ou ficaram extremamente exacerbadas depois da exposição a um evento traumático podem ser um indicativo de TEPT em vez de um transtorno da personalidade, no qual essas dificuldades seriam esperadas independentemente de qualquer exposição traumática.

Transtornos dissociativos. Amnésia dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização-desrealização podem ou não ser precedidos pela exposição a um evento traumático ou podem ou não ter sintomas de TEPT concomitantes. Quando os critérios plenos de TEPT também são atendidos, no entanto, o subtipo de TEPT "com sintomas dissociativos" deverá ser considerado.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). O surgimento de novos sintomas somáticos no contexto de sofrimento pós-traumático pode ser uma indicação de TEPT em vez de transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais).

Transtornos psicóticos. É preciso que os *flashbacks* do TEPT sejam distinguidos de delírios, alucinações e outras perturbações da sensopercepção que podem ocorrer na esquizofrenia, no transtorno psicótico breve e em outros transtornos psicóticos; nos transtornos depressivo e bipolar com aspectos psicóticos; no *delirium*; nos transtornos induzidos por substância/medicamento; e nos transtornos psicóticos devidos a outra condição médica.

Lesão cerebral traumática. Quando uma lesão cerebral ocorre no contexto de um evento traumático (p. ex., acidente traumático, explosão de bomba, trauma por aceleração/desaceleração), sintomas de TEPT podem surgir. Um evento que causa traumatismo craniano também pode constituir um evento traumático psicológico, e sintomas neurocognitivos relacionados a lesão cerebral traumática (LCT) não são mutuamente excludentes e podem ocorrer de forma concomitante. Sintomas previamente denominados *pós-concussivos* (p. ex., cefaleias, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, déficits de concentração) podem ocorrer em pessoas com e sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com TEPT. Na medida em que os sintomas de TEPT e os sintomas congnitivos relacionados a LCT podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre TEPT e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis a LCT pode ser possível com base na presença de sintomas distintos de cada apresentação. Enquanto a revivência e a evitação são características do TEPT, e não efeitos de LCT, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas de LCT (efeitos neurocognitivos) do que de TEPT.

Comorbidade

Indivíduos com TEPT são 80% mais propensos do que aqueles sem o transtorno a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos um outro transtorno mental (p. ex., transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância). Os transtornos por uso de substância e o transtorno da conduta comórbidos são mais comuns no sexo masculino do que no feminino. Entre militares e veteranos de combate norte-americanos enviados para as guerras recentes no Afeganistão e no Iraque, a concomitância de TEPT e LCT branda é de 48%. Embora a maioria das crianças pequenas com TEPT também apresente pelo menos um outro diagnóstico, os padrões de comorbidade são diferentes dos de adultos, com transtorno de oposição desafiante e transtorno de ansiedade de separação predominando. Por fim, existe comorbidade considerável entre TEPT e transtorno neurocognitivo maior e alguns sintomas sobrepostos entre esses transtornos.

Transtorno de Estresse Agudo

Critérios Diagnósticos **308.3 (F43.0)**

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
   1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
   2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas.
   3. Saber que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. **Nota:** Nos casos de morte ou ameaça de morte de um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
   4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos, policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

      Nota: Isso não se aplica à exposição por intermédio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático:

Sintomas de intrusão

1. Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento traumático. **Nota:** Em crianças, pode ocorrer a brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento. **Nota:** Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema sendo uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.) **Nota:** Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer nas brincadeiras.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ou reações fisiológicas acentuadas em resposta a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Humor negativo

5. Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Sintomas dissociativos

6. Senso de realidade alterado acerca de si mesmo ou do ambiente ao redor (p. ex., ver-se a partir da perspectiva de outra pessoa, estar entorpecido, sentir-se como se estivesse em câmera lenta).
7. Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

Sintomas de evitação

8. Esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do, ou fortemente relacionados ao, evento traumático.
9. Esforços para evitar lembranças (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do, ou fortemente relacionados ao, evento traumático.

Sintomas de excitação

10. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade de iniciar ou manter o sono, sono agitado).
11. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos.
12. Hipervigilância.
13. Problemas de concentração.
14. Resposta de sobressalto exagerada.

C. A duração da perturbação (sintomas do Critério B) é de três dias a um mês depois do trauma.
Nota: Os sintomas começam geralmente logo após o trauma, mas é preciso que persistam no mínimo três dias e até um mês para satisfazerem os critérios do transtorno.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento ou álcool) ou a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral traumática leve) e não é mais bem explicada por um transtorno psicótico breve.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de estresse agudo é o desenvolvimento de sintomas típicos que duram de três dias a um mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. Eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição a guerra

como combatente ou civil, ameaça ou episódio real de agressão pessoal violenta (p. ex., violência sexual, ataque físico, combate ativo, assalto/roubo, violência física e/ou sexual infantil, sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura), desastres naturais ou perpetrados por humanos (p. ex., terremoto, furacão, desastre aéreo) e acidente grave (p. ex., acidente automobilístico grave, acidente industrial). Para crianças, eventos traumáticos de natureza sexual podem incluir experiências sexuais inapropriadas sem violência ou lesão. Uma doença potencialmente fatal ou uma condição médica incapacitante não são consideradas necessariamente um evento traumático. Incidentes médicos qualificados como eventos traumáticos envolvem eventos catastróficos repentinos (p. ex., despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Eventos estressantes que não apresentam os componentes graves e traumáticos de eventos abrangidos pelo Critério A podem levar a um transtorno de adaptação, mas não ao transtorno de estresse agudo.

A apresentação clínica do transtorno de estresse agudo pode variar de acordo com o indivíduo, mas em geral envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao evento traumático. Em alguns indivíduos, um quadro dissociativo ou de distanciamento pode predominar, embora essas pessoas também apresentem geralmente forte reatividade emocional ou fisiológica em resposta a lembranças do trauma. Em outros indivíduos, pode haver uma resposta de raiva intensa na qual a reatividade é caracterizada por respostas irritadiças ou possivelmente agressivas. É preciso que o quadro sintomático pleno esteja presente por pelo menos três dias, depois do evento traumático, e o diagnóstico só pode ser feito até um mês depois do evento. Sintomas que ocorrem imediatamente depois do evento, mas cedem em menos de três dias, não atenderiam os critérios de transtorno de estresse agudo.

Eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observar lesão ameaçadora ou grave, morte não natural, violência física ou sexual inflingida a outra pessoa em decorrência de ataque violento, violência doméstica grave, acidente grave, guerra e desastre; podem incluir também testemunhar uma catástrofe médica (p. ex., uma hemorragia potencialmente fatal) envolvendo um filho. Situações vivenciadas indiretamente pelo conhecimento do evento limitam-se a familiares ou amigos próximos. É preciso que esses eventos tenham sido violentos ou acidentais – morte por causas naturais não se qualifica – e incluam ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave ou lesão grave. O transtorno pode ser especialmente grave quando o estressor é interpessoal e intencional (p. ex., tortura, estupro). A probabilidade de desenvolver esse transtorno pode aumentar à medida que a intensidade e a proximidade física ao estressor aumentam.

O evento traumático pode ser revivido de diversas maneiras. O indivíduo comumente tem recordações recorrentes e intrusivas do evento (Critério B1). Essas recordações são memórias recorrentes espontâneas ou desencadeadas do evento que geralmente ocorrem em resposta a um estímulo que relembra a experiência traumática (p. ex., o som da explosão do escapamento de um carro desencadeia memórias de tiros). Essas memórias intrusivas com frequência incluem componentes sensoriais (p. ex., sentir o calor intenso percebido em um incêndio), emocionais (p. ex., vivenciar o medo de acreditar que estava prestes a ser esfaqueado) ou fisiológicos (p. ex., vivenciar a falta de ar sofrida durante um quase afogamento).

Sonhos angustiantes podem conter conteúdos representativos de ou tematicamente relacionados às ameaças importantes envolvidas no evento traumático. (Por exemplo, no caso do sobrevivente de um acidente automobilístico, os sonhos angustiantes podem envolver geralmente carros batidos; no caso de um soldado de combate, os sonhos angustiantes podem envolver ferir-se de outras maneiras que não em combate.)

Os estados dissociativos podem durar desde poucos segundos até muitas horas, ou até mesmo dias, durante os quais componentes do evento são revividos e o indivíduo se comporta como se estivesse vivenciando o evento naquele momento. Enquanto respostas dissociativas são comuns durante um evento traumático, apenas respostas dissociativas que persistem além de três dias depois da exposição ao trauma são consideradas para o diagnóstico de transtorno de estresse agudo. No caso de crianças pequenas, a reencenação de eventos relacionados ao trauma pode surgir nos brinquedos e incluir momentos dissociativos (p. ex., uma criança que sobreviveu a um

acidente automobilístico pode bater repetidamente carrinhos de brinquedo de uma maneira focada e angustiante). Esses episódios, geralmente conhecidos como *flashbacks*, são em geral breves, mas envolvem uma sensação de que o evento traumático está acontecendo no presente em vez de estar sendo recordado como um evento passado, e estão associados a sofrimento significativo.

Alguns indivíduos com o transtorno não têm recordações intrusivas do evento em si, mas vivenciam sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando expostos a eventos precipitantes que se assemelham ou simbolizam um aspecto do evento traumático (p. ex., dias ventosos para crianças depois de um furacão, entrar no elevador para uma pessoa que foi estuprada em um, ver alguém parecido com o criminoso). O fator desencadeante pode ser uma sensação física (p. ex., uma sensação de calor para uma vítima de queimadura, tontura para sobreviventes de traumatismo craniano), sobretudo para pessoas com apresentações altamente somáticas. O indivíduo pode ter uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas a intimidade, ternura ou sexualidade), mas consegue sentir emoções negativas como medo, tristeza, raiva, culpa ou vergonha.

Alterações na consciência podem incluir *despersonalização*, uma sensação de distanciamento de si mesmo (p. ex., ver-se do outro lado do quarto), ou *desrealização*, uma visão distorcida do ambiente que o cerca (p. ex., percepção de que as coisas estão em câmera lenta, ver coisas ofuscadas, não perceber eventos que normalmente registraria). Alguns indivíduos também relatam incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático que foi presumidamente registrado. Esse sintoma deve-se a amnésia dissociativa, e não a lesão craniana, álcool ou drogas.

Estímulos associados ao trauma são persistentemente evitados. O indivíduo pode se recusar a discutir a experiência traumática ou pode adotar estratégias de evitação para minimizar a consciência de reações emocionais (p. ex., uso excessivo de álcool quando recorda a experiência). Esse comportamento evitativo pode incluir evitar assistir ao noticiário com a cobertura da experiência traumática, recusa em voltar ao local de trabalho onde o trauma ocorreu ou evitar interagir com outras pessoas que compartilharam a mesma experiência traumática.

É muito comum que pessoas com transtorno de estresse agudo tenham problemas em iniciar e manter o sono, o que pode estar associado a pesadelos ou excitação elevada generalizada que impedem o sono adequado. Indivíduos com o transtorno podem irritar-se facilmente e até mesmo envolver-se em comportamento verbal e/ou físico agressivo com pouca provocação. O transtorno de estresse agudo é com frequência caracterizado por hipersensibilidade a ameaças potenciais, incluindo as relacionadas à experiência traumática (p. ex., uma vítima de acidente automobilístico pode ficar especialmente sensível a uma ameaça potencialmente causada por qualquer carro ou caminhão) ou não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de ter um infarto agudo do miocárdio). Dificuldades de concentração, incluindo dificuldade para lembrar de eventos cotidianos (p. ex., esquecer o número do próprio telefone) ou realizar tarefas que exigem foco (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período), são comumente relatadas. Indivíduos com transtorno de estresse agudo podem ser muito reativos a estímulos inesperados, exibindo uma resposta de sobressalto exagerada ou susto com barulhos altos ou movimentos inesperados (p. ex., a pessoa pode sobressaltar-se em resposta ao toque de um telefone).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno de estresse agudo costumam adotar pensamentos catastróficos ou extremamente negativos a respeito do seu papel no evento traumático, da sua resposta à experiência traumática ou da probabilidade de danos futuros. Por exemplo, uma pessoa com transtorno de estresse agudo pode sentir culpa excessiva por não ter impedido o evento traumático ou por não se adaptar à experiência com mais êxito. Essas pessoas também podem interpretar seus sintomas de maneira catastrófica, de forma que recordações em *flashback* ou entorpecimento emocional podem ser interpretados como um sinal de capacidade mental reduzida. É comum que as pessoas com o transtorno sofram ataques de pânico no primeiro mês depois da exposição

ao trauma, os quais podem ser desencadeados por lembranças do trauma ou aparentemente ocorrer de maneira espontânea. Além disso, essas pessoas podem exibir comportamento caótico ou impulsivo, como, por exemplo, dirigir perigosamente, tomar decisões irracionais ou apostar de maneira excessiva. Em crianças, pode haver ansiedade de separação significativa, possivelmente manifestada por necessidades excessivas de atenção dos cuidadores. No caso do luto subsequente a uma morte que ocorreu em circunstâncias traumáticas, os sintomas de transtorno de estresse agudo podem envolver reações de tristeza agudas. Nesses casos, sintomas de revivência, dissociativos e de excitação podem envolver reações à perda, como recordações intrusivas das circunstâncias da morte do indivíduo, negação da morte da pessoa e raiva a respeito da morte. Sintomas pós-concussivos (p. ex., cefaleia, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, déficits de concentração), que ocorrem frequentemente em seguida a uma lesão cerebral traumática leve, também costumam ser vistos em indivíduos com transtorno de estresse agudo. Sintomas pós-concussivos são igualmente comuns em populações que sofreram lesão cerebral e nas que não sofreram, e a ocorrência frequente desses sintomas poderia ser atribuída a sintomas de transtorno de estresse agudo.

Prevalência

A prevalência do transtorno de estresse agudo em populações recentemente expostas a trauma (i.e., dentro de um mês da exposição ao trauma) varia de acordo com a natureza do evento e o contexto no qual é avaliado. Tanto na população norte-americana como na não norte-americana, o transtorno de estresse agudo tende a ser identificado em menos de 20% dos casos após eventos traumáticos que não envolvem agressão interpessoal, em 13 a 21% dos acidentes automobilísticos, em 14% das lesões cerebrais traumáticas leves, em 19% dos furtos, em 10% das queimaduras graves e em 6 a 12% dos acidentes industriais. Taxas mais elevadas (i.e., 20 a 50%) são descritas após eventos traumáticos interpessoais, incluindo assalto, estupro e testemunho de tiroteio em lugar público.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno de estresse agudo não pode ser diagnosticado até três dias depois de um evento traumático. Apesar de o transtorno poder progredir para o transtorno de estresse pós-traumático depois de um mês, ele também pode ser uma resposta de estresse temporária que cede dentro de um mês da exposição ao trauma e não resulta em TEPT. Aproximadamente metade dos indivíduos que acabam desenvolvendo TEPT apresenta-se inicialmente com transtorno de estresse agudo. A piora dos sintomas durante o mês inicial pode ocorrer, com frequência em virtude de estressores de vida presentes ou outros eventos traumáticos subsequentes.

As formas de revivência podem variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo. Diferentemente de adultos ou adolescentes, crianças pequenas podem relatar sonhos assustadores sem conteúdo que reflita claramente aspectos do trauma (p. ex., acordar apavorado em consequência do trauma, mas não conseguir relacionar o conteúdo do sonho ao evento traumático). Crianças com 6 anos de idade ou menos são mais propensas do que crianças mais velhas a expressar sintomas de revivência em brincadeiras que se referem direta ou simbolicamente ao trauma. Por exemplo, uma criança muito pequena que sobreviveu a um incêndio pode fazer desenhos de labaredas. Crianças pequenas também não manifestam necessariamente reações de medo no momento da exposição ou até mesmo durante a revivência. Os pais, em geral, relatam uma gama de expressões emocionais, como raiva, vergonha ou retraimento, e até mesmo afeto excessivamente positivo, em crianças pequenas traumatizadas. Embora as crianças possam evitar recordações do trauma, elas às vezes se tornam preocupadas com as recordações (p. ex., uma criança pequena mordida por um cachorro pode falar a respeito de cachorros constantemente, embora evite sair de casa com medo de encontrar um cachorro).

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco incluem transtorno mental anterior, níveis elevados de afetividade negativa (neuroticismo), gravidade maior percebida do evento traumático e estilo de enfrentamento evitativo. Uma visão catastrófica da experiência traumática, geralmente caracterizada por avaliações exageradas de dano futuro, culpa ou desespero, é fortemente preditiva de transtorno de estresse agudo.

Ambientais. Antes de qualquer coisa, é preciso que o indivíduo tenha sido exposto a um evento traumático para estar em risco de sofrer transtorno de estresse agudo. Os fatores de risco para o transtorno incluem história de trauma anterior.

Genéticos e fisiológicos. Pessoas do sexo feminino correm mais risco de desenvolver transtorno de estresse agudo.

Reatividade elevada, refletida por uma resposta de sobressalto acústico, antes da exposição ao trauma aumenta o risco de desenvolver transtorno de estresse agudo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O perfil de sintomas do transtorno de estresse agudo pode variar entre as culturas, particularmente com respeito a sintomas dissociativos, pesadelos, evitação e sintomas somáticos (p. ex., tontura, falta de ar, sensações de calor). Síndromes e expressões culturais para o sofrimento delineiam os perfis sintomáticos locais do transtorno de estresse agudo. Alguns grupos culturais podem exibir variantes de respostas dissociativas, como possessão ou comportamentos de transe no primeiro mês depois da exposição ao trauma. Sintomas de pânico podem ser acentuados no transtorno de estresse agudo entre cambojanos em virtude da associação da exposição traumática com ataques *khyâl* similares ao pânico, e *ataques de nervios* entre latino-americanos também podem ocorrer após uma exposição traumática.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno de estresse agudo é mais prevalente entre o sexo feminino do que entre o masculino. Diferenças neurobiológicas ligadas ao gênero na resposta ao estresse podem contribuir para o risco maior de desenvolvimento do transtorno entre o sexo feminino. O risco maior entre essa população pode ser atribuível, em parte, a uma probabilidade maior de exposição aos tipos de eventos traumáticos com alto risco condicional para transtorno de estresse agudo, como estupro e outras violências interpessoais.

Consequências Funcionais do Transtorno de Estresse Agudo

O prejuízo funcional nos domínios social, interpessoal ou profissional tem sido demonstrado entre sobreviventes de acidentes, assalto e estupro que desenvolvem transtorno de estresse agudo. Os níveis extremos de ansiedade que podem estar associados ao transtorno podem interferir no sono, nos níveis de energia e na capacidade de realizar tarefas. A evitação no transtorno de estresse agudo pode resultar em afastamento generalizado de muitas situações percebidas como potencialmente ameaçadoras, o que pode levar ao não comparecimento a consultas médicas, à evitação de dirigir para compromissos importantes e ao absenteísmo no trabalho.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de adaptação. No transtorno de adaptação, o estressor pode ser de qualquer gravidade em vez da gravidade e do tipo exigidos pelo Critério A do transtorno de estresse agudo. O diagnóstico de transtorno de adaptação é usado quando a resposta a um evento de Critério A

não satisfaz os critérios de transtorno de estresse agudo (ou outro transtorno mental específico) e quando o padrão sintomático de transtorno de estresse agudo ocorre em resposta a um estressor que não satisfaz o Critério A para exposição a ameaça ou episódio concreto de morte, lesão grave ou violência sexual (p. ex., separação/abandono conjugal, demissão do emprego). Por exemplo, reações de estresse graves a doenças potencialmente fatais que podem incluir alguns sintomas do transtorno de estresse agudo podem ser mais apropriadamente descritas como um transtorno de adaptação. Algumas formas de resposta de estresse agudo não incluem sintomas desse transtorno e podem ser caracterizadas por raiva, depressão ou culpa. Essas respostas são descritas de forma mais adequada como essencialmente um transtorno de adaptação. Respostas depressivas ou raivosas em um transtorno de adaptação podem envolver ruminação acerca do evento traumático, em oposição a recordações angustiadas involuntárias e intrusivas no transtorno de estresse agudo.

Transtorno de pânico. Ataques de pânico espontâneos são muito comuns no transtorno de estresse agudo. Entretanto, o transtorno de pânico é diagnosticado apenas se os ataques de pânico forem inesperados e se houver ansiedade a respeito de ataques futuros ou mudanças mal-adaptativas no comportamento associadas ao medo das consequências terríveis dos ataques.

Transtornos dissociativos. Respostas dissociativas graves (na ausência de sintomas característicos de transtorno de estresse agudo) podem ser diagnosticadas como transtorno de desrealização/despersonalização. Se a amnésia grave do trauma persistir na ausência de sintomas característicos de transtorno de estresse agudo, o diagnóstico de amnésia dissociativa pode ser indicado.

Transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse agudo é distinto do TEPT porque o padrão sintomático no primeiro ocorre dentro de um mês depois do evento traumático e cede dentro do período daquele mês. Se os sintomas persistirem por mais de um mês e satisfizerem os critérios de TEPT, o diagnóstico muda de transtorno de estresse agudo para TEPT.

Transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno obsessivo-compulsivo, existem pensamentos intrusivos recorrentes, porém estes atendem à definição de uma obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado; compulsões em geral estão presentes; e outros sintomas de transtorno de estresse agudo estão comumente ausentes.

Transtornos psicóticos. É preciso distinguir os *flashbacks* do transtorno de estresse agudo de delírios, alucinações e outras perturbações da sensopercepção que podem ocorrer na esquizofrenia, em outros transtornos psicóticos, nos transtornos depressivo ou bipolar com aspectos psicóticos, no *delirium*, em transtornos induzidos por substância/medicamento e em transtornos psicóticos devidos a outra condição médica. Os *flashbacks* do transtorno de estresse agudo são distintos dessas outras perturbações da sensopercepção por estarem diretamente relacionados à experiência traumática e por ocorrerem na ausência de outros aspectos psicóticos ou induzidos por substância.

Lesão cerebral traumática. Quando ocorre uma lesão cerebral no contexto de um evento traumático (p. ex., acidente traumático, explosão de bomba, trauma por aceleração/desaceleração), sintomas de transtorno de estresse agudo podem surgir. Um evento que cause traumatismo craniano também pode constituir um evento traumático psicológico, e sintomas neurocognitivos relacionados a lesão cerebral traumática não são mutuamente excludentes e podem ocorrer concomitantemente. Sintomas antes denominados *pós-concussivos* (p. ex., cefaleias, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, déficits de concentração) podem ocorrer em populações com e sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com transtorno de estresse agudo. Na medida em que sintomas do transtorno de estresse agudo e sintomas neurocognitivos relacionados a LCT podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre transtorno de estresse agudo e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis a LCT é possível com base na presença de sintomas distintos de cada apresentação. Enquanto a revivência e a evitação são características do transtorno de estresse agudo, e não efeitos de LCT, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas da LCT (efeitos neurocognitivos) do que do transtorno de estresse agudo. Ademais, o diagnóstico diferencial é auxiliado pelo fato de que sintomas do transtorno de estresse agudo persistem por apenas um mês depois da exposição ao trauma.

Transtornos de Adaptação

Critérios Diagnósticos

A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis ocorrendo dentro de três meses do início do estressor ou estressores.
B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspectos:
   1. Sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou à intensidade do estressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que poderiam influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas.
   2. Prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios de outro transtorno mental e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.
D. Os sintomas não representam luto normal.
E. Uma vez que o estressor ou suas consequências tenham cedido, os sintomas não persistem por mais de seis meses.

Determinar o subtipo:

309.0 (F43.21) Com humor deprimido: Humor deprimido, choro fácil ou sentimentos de desesperança são predominantes.

309.24 (F43.22) Com ansiedade: Nervosismo, preocupação, inquietação ou ansiedade de separação são predominantes.

309.28 (F43.23) Com misto de ansiedade e depressão: Predomina uma combinação de depressão e ansiedade.

309.3 (F43.24) Com perturbação da conduta: Predomina a pertubação da conduta.

309.4 (F43.25): Com perturbação mista das emoções e da conduta: Tanto sintomas emocionais (p. ex., depressão, ansiedade) como perturbação da conduta são predominantes.

309.9 (F43.20): Não especificado: Para reações mal-adaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos do transtorno de adaptação.

Características Diagnósticas

A presença de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor identificável é o aspecto essencial dos transtornos de adaptação (Critério A). O estressor pode ser um único evento (p. ex., o término de um relacionamento afetivo), ou pode haver múltiplos estressores (p. ex., dificuldades profissionais acentuadas e problemas conjugais). Os estressores podem ser recorrentes (p. ex., associados a crises profissionais cíclicas, relacionamentos sexuais insatisfatórios) ou contínuos (p. ex., uma doença dolorosa persistente com incapacidade crescente, morar em área de alta criminalidade) e podem afetar um único indivíduo ou uma família inteira, um grupo maior ou uma comunidade (p. ex., um desastre natural). Alguns estressores podem acompanhar eventos específicos do desenvolvimento (p. ex., ir para a escola, deixar a casa dos pais, voltar para a casa dos pais, casar-se, tornar-se pai/mãe, fracassar em metas profissionais, aposentadoria).

Transtornos de adaptação podem ser diagnosticados após a morte de um ente querido quando a intensidade, a qualidade e a persistência das reações de luto excedem o que se esperaria normalmente, quando normas culturais, religiosas e apropriadas à idade são consideradas. Um conjunto mais específico de sintomas relacionados ao luto foi designado como *transtorno de luto complexo persistente*.

Os transtornos de adaptação estão associados a um risco maior de tentativas e consumação de suicídio.

Prevalência

Os transtornos de adaptação são comuns, embora a prevalência varie bastante em função da população estudada e dos métodos de avaliação usados. A porcentagem de indivíduos em tratamento ambulatorial de saúde mental com um diagnóstico principal de transtorno de adaptação vai de aproximadamente 5 a 20%. Em serviços de consultoria psiquiátrica hospitalar, com frequência é o diagnóstico mais comum, chegando muitas vezes a 50%.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a perturbação nos transtornos de adaptação começa dentro de três meses do início de um estressor e não dura mais do que seis meses depois que o estressor e suas consequências cederam. Se o estressor for um evento agudo (p. ex., demissão do emprego), o início da perturbação geralmente é imediato (i.e., dentro de poucos dias) e a duração é relativamente breve (i.e., não mais do que poucos meses). Se o estressor e suas consequências persistirem, o transtorno de adaptação pode manter-se presente e evoluir para a forma persistente.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Indivíduos com circunstâncias de vida desvantajosas vivenciam uma taxa elevada de estressores e podem estar em risco maior de sofrer transtornos de adaptação.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O contexto do ambiente cultural do indivíduo deve ser considerado ao se julgar clinicamente se sua resposta ao estressor é mal-adaptativa ou se o sofrimento associado excede o que se esperaria normalmente. A natureza, o significado e a vivência dos estressores, bem como a avaliação da resposta a eles, podem variar entre as culturas.

Consequências Funcionais dos Transtornos de Adaptação

O sofrimento subjetivo ou o prejuízo ao funcionamento associados aos transtornos de adaptação manifestam-se frequentemente por meio de queda no desempenho profissional ou acadêmico e por meio de mudanças temporárias nas relações sociais. Um transtorno de adaptação pode complicar o curso da doença em indivíduos que tenham uma condição clínica geral (p. ex., menos obediência ao esquema médico recomendado; estada hospitalar mais prolongada).

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior. Se um indivíduo tem sintomas que satisfazem os critérios para um transtorno depressivo maior em resposta a um estressor, o diagnóstico de transtorno de adaptação não é aplicável. O perfil sintomático do transtorno depressivo maior o diferencia dos transtornos de adaptação.

Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo. Nos transtornos de adaptação, o estressor pode ser de qualquer gravidade em vez da gravidade e do tipo exigidos pelo Critério A do transtorno de estresse agudo e do transtorno de estresse pós-traumático. Ao fazer a distinção entre transtornos desses dois diagnósticos pós-traumáticos, existem considerações tanto temporais como do perfil sintomático. Transtornos de adaptação podem ser diagnosticados imediatamente e persistir por até seis meses depois da exposição ao evento traumático, enquanto o transtorno de estresse agudo só pode ocorrer entre três dias e um mês da exposição ao estressor. Além disso, o TEPT não pode ser diagnosticado até que se tenha passado pelo menos um mês da ocorrência do estressor traumático. O perfil de sintomas exigido pelo TEPT e pelo

transtorno de estresse agudo os diferencia dos transtornos de adaptação. Com relação aos perfis sintomáticos, um transtorno de adaptação pode ser diagnosticado após um evento traumático quando um indivíduo exibe sintomas de transtorno de estresse agudo ou de TEPT que não satisfazem nem excedem o limiar diagnóstico dos transtornos. Um transtorno de adaptação também deverá ser diagnosticado para indivíduos que não tenham sido expostos a um evento traumático, mas ainda assim exibem o perfil sintomático pleno de transtorno de estresse agudo ou TEPT.

Transtornos da personalidade. Com relação aos transtornos da personalidade, algumas características da personalidade podem estar associadas a uma vulnerabilidade ao sofrimento situacional que pode assemelhar-se a um transtorno de adaptação. Uma história do funcionamento da personalidade ao longo da vida ajudará na interpretação de comportamentos que expressam sofrimento para auxiliar a distinguir um transtorno da personalidade duradouro de um transtorno de adaptação. Além de alguns transtornos da personalidade que acarretam vulnerabilidade ao sofrimento, estressores também podem exacerbar sintomas de transtornos da personalidade. Na presença de um transtorno da personalidade, se os critérios sintomáticos para um transtorno de adaptação são atendidos, a perturbação relacionada ao estresse excede o que seria atribuível à sintomatologia de transtornos da personalidade mal-adaptativa (i.e., o Critério C é atendido), então o diagnóstico de um transtorno de adaptação deverá ser feito.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas. Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, entidades psicológicas específicas (p. ex., sintomas psicológicos, comportamentos, outros fatores) exacerbam uma condição clínica. Esses fatores psicológicos podem precipitar, exacerbar ou pôr o indivíduo em risco de desenvolver uma doença médica ou piorar uma condição existente. Por sua vez, um transtorno de adaptação é uma reação ao estressor (p. ex., ter uma doença médica).

Reações normais de estresse. Quando coisas ruins acontecem, a maioria das pessoas se perturba. Não se trata de um transtorno de adaptação. O diagnóstico só deverá ser feito quando a magnitude do sofrimento (p. ex., alterações no humor, na ansiedade ou na conduta) exceder o que se esperaria normalmente (o que pode variar de acordo com as culturas), ou quando o evento adverso desencadear um prejuízo funcional.

Comorbidade

Transtornos de adaptação podem acompanhar a maioria dos transtornos mentais e qualquer distúrbio médico; podem ser diagnosticados junto a um outro transtorno mental apenas se este último não explicar os sintomas particulares que ocorrem na reação ao estressor. Por exemplo, um indivíduo pode desenvolver um transtorno de adaptação, com humor deprimido, depois de perder um emprego e ao mesmo tempo ter um diagnóstico de transtorno obssessivo-compulsivo. Ou, então, um indivíduo pode ter um transtorno depressivo ou bipolar e um transtorno de adaptação desde que os critérios para ambos sejam atendidos. Transtornos de adaptação comumente acompanham as doenças médicas e podem ser a principal resposta psicológica a um distúrbio médico.

Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado

309.89 (F43.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a trauma e a estressor que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam,

mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a trauma e a estressores. A categoria "outro transtorno especificado" relacionado a trauma e a estressores é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "transtorno de luto complexo persistente").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado" incluem os seguintes:

1. **Transtornos similares ao de adaptação com início tardio de sintomas ocorrendo mais de três meses depois do estressor.**
2. **Transtornos similares ao de adaptação com duração acima de seis meses sem duração prolongada do estressor.**
3. ***Ataque de nervios*:** Ver "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento", no Apêndice.
4. **Outras síndromes culturais:** Ver "Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento", no Apêndice.
5. **Transtorno de luto complexo persistente:** Este transtorno é caracterizado por reações de luto e pesar persistentes (ver capítulo "Condições para Estudos Posteriores").

Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado

309.9 (F43.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a trauma e a estressores que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a trauma e a estressores. A categoria transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno específico relacionado a trauma e estressores não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos Dissociativos

Os transtornos dissociativos são caracterizados por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. Os sintomas dissociativos podem potencialmente perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico. Este capítulo inclui transtorno dissociativo de identidade, amnésia dissociativa, transtorno de despersonalização/desrealização, outro transtorno dissociativo especificado e transtorno dissociativo não especificado.

Sintomas dissociativos são vivenciados como a) intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, acompanhadas por perdas de continuidade na experiência subjetiva (i.e., sintomas dissociativos "positivos", como fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização) e/ou b) incapacidade de acessar informações e de controlar funções mentais que normalmente são de fácil acesso ou controle (i.e., sintomas dissociativos "negativos", como amnésia).

Os transtornos dissociativos são encontrados com frequência como consequência de traumas, e muitos desses sintomas, incluindo constrangimento e confusão acerca dos sintomas ou um desejo de ocultá-los, são influenciados pela proximidade ao trauma. No DSM-5, os transtornos dissociativos estão alocados próximos a, mas não como parte de, transtornos relacionados a trauma e a estressores, refletindo a relação estreita entre essas classes de diagnósticos. Tanto o transtorno de estresse agudo quanto o transtorno de estresse pós-traumático contêm sintomas dissociativos, como amnésia, *flashbacks*, entorpecimento e despersonalização/desrealização.

O *transtorno de despersonalização/desrealização* é caracterizado por despersonalização (i.e., experiências de irrealidade ou distanciamento da própria mente, de si ou do corpo) e/ou desrealização (i.e., experiências de irrealidade ou distanciamento do ambiente ao redor) clinicamente persistente ou recorrente. Essas alterações da experiência ocorrem sem que haja prejuízo ao teste de realidade. Não há evidência de nenhuma distinção entre indivíduos com sintomas predominantes de despersonalização *versus* desrealização. Portanto, indivíduos com esse transtorno podem ter despersonalização, desrealização ou ambos.

A amnésia dissociativa é caracterizada por incapacidade de recordar informações autobiográficas. Esse tipo de amnésia pode ser localizada (i.e., um evento ou período de tempo), seletiva (i.e., um aspecto específico de um evento) ou generalizada (i.e., identidade e história de vida). A amnésia dissociativa é basicamente uma incapacidade de recordar informações autobiográficas incompatível com o esquecimento normal. Ela pode ou não envolver viagens intencionais ou perambulação sem rumo (i.e., fuga). Embora alguns indivíduos com amnésia percebam prontamente que "perderam tempo" ou que existe uma lacuna em sua memória, a maioria daqueles com transtornos dissociativos inicialmente não têm consciência de suas amnésias. Para eles, a consciência da amnésia ocorre apenas quando a identidade pessoal é perdida ou quando circunstâncias os defrontam com a ausência de informações autobiográficas (p. ex., quando descobrem evidências de eventos que não conseguem recordar, ou quando outras pessoas lhes contam ou perguntam a respeito de eventos que eles não conseguem lembrar). Até e a menos que isso aconteça, esses indivíduos têm "amnésia de sua amnésia". A amnésia é vivenciada como um aspecto fundamental da amnésia dissociativa; os indivíduos são acometidos mais comumente por amnésia localizada ou seletiva, sendo a generalizada um fenômeno raro. A fuga dissociativa é incomum em pessoas com amnésia dissociativa, porém comum no transtorno dissociativo de identidade.

O transtorno dissociativo de identidade é caracterizado por a) presença de dois ou mais estados distintos de personalidade ou uma experiência de possessão e b) episódios recorrentes de amnésia. A fragmentação da identidade pode variar entre culturas (p. ex., apresentações na forma de possessões) e circunstâncias. Assim, os indivíduos podem vivenciar descontinuidades

na identidade e na memória que talvez não fiquem imediatamente evidentes aos outros ou estejam obscurecidas por tentativas de ocultar a disfunção. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade sofrem a) intrusões recorrentes inexplicáveis em seu funcionamento consciente e no senso de identidade própria (p. ex., vozes; ações e fala dissociadas; pensamentos, emoções e impulsos intrusivos), b) alterações do senso de identidade própria (p. ex., atitudes, preferências, e sentir como se o corpo ou as ações não lhes pertencessem), c) mudanças bizarras da percepção (p. ex., despersonalização ou desrealização, como sentir-se distanciado do próprio corpo enquanto se corta) e d) sintomas neurológicos funcionais intermitentes. O estresse, muitas vezes, produz exacerbação transitória dos sintomas dissociativos, o que os torna mais evidentes.

A categoria residual de outro transtorno dissociativo especificado tem sete apresentações descritas: sintomas dissociativos mistos crônicos ou recorrentes que se aproximam dos, mas não satisfazem os, critérios diagnósticos de transtorno dissociativo de identidade; estados dissociativos secundários a lavagem cerebral ou reforma do pensamento; duas apresentações agudas, com menos de um mês de duração, de sintomas dissociativos mistos, uma das quais também marcada pela presença de sintomas psicóticos; e três apresentações dissociativas de um único sintoma – transe dissociativo, estupor ou coma dissociativo e síndrome de Ganser (dar respostas aproximadas ou vagas).

Transtorno Dissociativo de Identidade

Critérios Diagnósticos **300.14 (F44.81)**

A. Ruptura da identidade caracterizada pela presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensório-motor. Esses sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo indivíduo.
B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum.
C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita.
Nota: Em crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia.
E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcóolica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Características Diagnósticas

A característica definidora do transtorno dissociativo de identidade é a presença de dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão (Critério A). Entretanto, a manifestação ou dissimulação desses estados de personalidade variam em função da motivação psicológica, do nível de estresse, de conflitos e dinâmicas internas e da resiliência emocional. Períodos longos de perturbação da identidade podem ocorrer quando pressões psicossociais são graves e/ou prolongadas. Em muitos casos de transtorno dissociativo de identidade na forma de possessão, e em uma pequena proporção de formas que não envolvem possessão, as manifestações de identidades alternativas são bastante claras. A maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade que não envolve possessão não exibe abertamente a descontinuidade da identidade por períodos prolongados; apenas uma minoria se apresenta ao atendimento clínico com alternância observável de identidades. Quando estados de personalidade alternados não são observados diretamente, o transtorno pode ser identificado por dois conjuntos de sintomas:

1) alterações ou descontinuidades repentinas no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações (Critério A) e 2) amnésias dissociativas recorrentes (Critério B).

Sintomas do Critério A estão relacionados a descontinuidades que podem afetar qualquer aspecto do funcionamento de um indivíduo. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem relatar o sentimento de terem-se tornado subitamente observadores despersonalizados de suas "próprias" falas e ações, e podem sentir-se incapazes de reverter essa situação. Essas pessoas também podem relatar a escuta de vozes (p. ex., a voz de uma criança; a voz de uma entidade espiritual). Em alguns casos, as vozes são vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos, desconcertantes e independentes, os quais o indivíduo não consegue controlar. Emoções fortes, impulsos e até mesmo a fala ou outras ações podem emergir repentinamente, sem um sentido de domínio ou controle pessoal. Essas emoções e impulsos costumam ser descritos como egodistônicos e enigmáticos. Atitudes, opiniões e preferências pessoais (p. ex., acerca de alimentos, atividades, roupas) podem mudar subitamente repetidas vezes. Os indivíduos podem relatar que sentem seus corpos diferentes (p. ex., como uma criança pequena, como o gênero oposto, grandes e musculosos). Alterações no senso de si mesmo e de perda de domínio das próprias ações podem ser acompanhadas por um sentimento de que tais atitudes, emoções e comportamentos – até mesmo o próprio corpo – "não são meus" e/ou "não estão sob meu controle". Embora a maioria dos sintomas do Critério A seja subjetiva, muitas dessas descontinuidades repentinas na fala, no afeto e no comportamento podem ser observadas pela família, por amigos ou pelo clínico. Convulsões não epiléticas e outros sintomas conversivos são proeminentes em algumas apresentações do transtorno dissociativo de identidade, especialmente em contextos não ocidentais.

A amnésia dissociativa de indivíduos com transtorno dissociativo de identidade manifesta-se de três formas principais: como 1) lacunas na memória remota de eventos da vida pessoal (p. ex., períodos da infância ou adolescência; alguns eventos de vida importantes, como a morte de avô/avó, o próprio casamento, dar à luz um filho); 2) lapsos na memória normalmente confiável (p. ex., do que aconteceu hoje, de habilidades bem aprendidas, como as ocupacionais, usar um computador, ler, dirigir); e 3) descoberta de evidências de ações e tarefas cotidianas que eles não lembram terem feito (p. ex., encontrar objetos inexplicáveis em suas sacolas de compras ou entre seus pertences; encontrar escritos ou desenhos incompreensíveis que eles devem ter criado; descobrir ferimentos; "voltar a si" no meio de algo que estava fazendo). Fugas dissociativas, nas quais a pessoa descobre a viagem dissociada, são comuns. Dessa forma, indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem relatar que se encontraram de repente na praia, no trabalho, em uma boate ou em algum lugar em casa (p. ex., no armário, na cama ou no sofá, em um canto) sem lembrar como aí chegaram. A amnésia em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade não se limita a eventos estressantes ou traumáticos; essas pessoas com frequência também não conseguem recordar os eventos cotidianos.

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade variam em termos da consciência e da atitude que têm em relação às suas amnésias. É comum que minimizem seus sintomas amnésicos. Alguns de seus comportamentos amnésicos podem se tornar perceptíveis aos outros – não recordar algo que testemunharam que foi feito ou dito, não lembrar o próprio nome ou não reconhecer o cônjuge, os filhos ou os amigos próximos.

A forma de possessão do transtorno dissociativo de identidade manifesta-se, em geral, como comportamentos que surgem como se um "espírito", um ser sobrenatural ou uma entidade externa tivesse assumido o controle, de tal forma que o indivíduo começa a falar e agir de maneira claramente diferente. Por exemplo, o comportamento de uma pessoa pode fazer parecer que sua identidade foi substituída pelo "fantasma" de uma menina que cometeu suicídio na mesma comunidade anos atrás, falando e agindo como se ela ainda estivesse viva. Ou a pessoa pode ser "possuída" por um demônio ou divindade, resultando em uma alteração profunda, e exigindo que a própria pessoa ou um familiar seu seja punido por uma ação do passado, o que é seguido por períodos mais sutis de alteração da identidade. Entretanto, a maioria dos estados de possessão no mundo inteiro é normal, geralmente parte de práticas espirituais e não satisfaz os critérios de transtorno dissociativo de identidade. As identidades que surgem durante o transtorno na forma de possessão apresentam-se de maneira recorrente, são indesejadas e involuntárias, cau-

sam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos (Critério C) e não são parte normal de uma prática cultural ou religiosa amplamente aceita (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade apresentam-se geralmente com depressão, ansiedade, abuso de substância, automutilação, convulsões não epiléticas ou outros sintomas como comorbidade. Com frequência ocultam, ou não têm consciência completa de, perturbações na consciência, amnésia e outros sintomas dissociativos. Muitos com o transtorno relatam *flashbacks* dissociativos durante os quais revivem sensorialmente um evento pregresso como se ele estivesse ocorrendo no presente, em geral com mudança de identidade, perda parcial ou completa de contato com a realidade presente durante o *flashback* e amnésia subsequente em relação ao conteúdo do *flashback*. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade comumente relatam múltiplos tipos de maus-tratos sofridos durante a infância ou a idade adulta. Também podem ser descritas formas que não envolvem maus-tratos, mas que reúnem eventos precoces opressivos na vida, como múltiplos procedimentos médicos prolongados e dolorosos. Automutilação e comportamento suicida são frequentes. Em testes padronizados, esses indivíduos apresentam níveis maiores de suscetibilidade à hipnose e de capacidade dissociativa comparados a outros grupos clínicos e controles sadios. Algumas pessoas sofrem fenômenos ou episódios psicóticos transitórios. Várias regiões do cérebro foram implicadas na fisiopatologia do transtorno dissociativo de identidade, incluindo o córtex orbitofrontal, o hipocampo, o giro para-hipocampal e a amígdala.

Prevalência

A prevalência em 12 meses do transtorno dissociativo de identidade entre adultos em um estudo de uma pequena comunidade nos Estados Unidos foi de 1,5%. A prevalência por gêneros nesse estudo foi de 1,6% para homens e 1,4% para mulheres.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno dissociativo de identidade está associado a experiências devastadoras, eventos traumáticos e/ou abuso ocorrido na infância. O transtorno pleno pode se manifestar pela primeira vez em praticamente qualquer idade (desde a primeira infância até a idade adulta avançada). A dissociação em crianças pode gerar problemas de memória, concentração, apego e jogos traumáticos. Contudo, as crianças geralmente não se apresentam com mudanças de personalidade, e sim inicialmente com sobreposição e interferência entre estados mentais (fenômenos do Critério A), com sintomas relacionados a descontinuidades de experiências. Mudanças repentinas na identidade durante a adolescência podem parecer apenas agitação adolescente ou os estágios iniciais de um outro transtorno mental. Indivíduos mais velhos podem apresentar-se para tratamento com o que parece ser transtornos do humor da velhice, transtorno obsessivo-compulsivo, paranoia, transtornos do humor psicóticos ou até mesmo transtornos cognitivos em virtude de amnésia dissociativa. Em alguns casos, afetos e memórias desorganizados podem interferir de maneira crescente na consciência com o envelhecimento.

Descompensação psicológica e mudanças evidentes na identidade podem ser desencadeadas por 1) saída da situação traumatizante (p. ex., saindo de casa); 2) chegada dos filhos do indivíduo à mesma idade na qual ele foi abusado ou traumatizado pela primeira vez; 3) experiências traumáticas posteriores, até mesmo as aparentemente sem consequências, como um pequeno acidente de automóvel; ou 4) morte ou início de uma doença fatal no(s) abusador(es).

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O abuso físico e sexual está associado a um risco maior de transtorno dissociativo de identidade. A prevalência de abuso e negligência infantil nos Estados Unidos, no Canadá e na

Europa entre os que sofrem do transtorno fica em torno de 90%. Outras formas de experiências traumatizantes, incluindo procedimentos médicos e cirúrgicos na infância, guerra, prostituição infantil e terrorismo, foram relatadas.

Modificadores do curso. O abuso permanente, a retraumatização mais tarde na vida e a comorbidade com transtornos mentais, a presença de doença médica grave e a demora em obter o tratamento adequado estão associados a um pior prognóstico.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Muitos aspectos do transtorno dissociativo de identidade podem ser influenciados pela formação cultural do indivíduo. Pessoas com esse transtorno podem se apresentar com sintomas neurológicos proeminentes clinicamente inexplicáveis, como convulsões não epiléticas, paralisias ou perda sensorial, em contextos culturais nos quais tais sintomas são comuns. Da mesma maneira, em contextos nos quais a possessão é comum (p. ex., áreas rurais em países em desenvolvimento, entre determinados grupos religiosos nos Estados Unidos e na Europa), as identidades fragmentadas podem adotar a forma de espíritos, divindades, demônios, animais ou figuras míticas de possessão. A aculturação ou o contato intercultural prolongado podem modelar as características das outras identidades (p. ex., identidades na Índia podem falar exclusivamente inglês e usar roupas ocidentais). O transtorno dissociativo de identidade na forma de possessão pode ser diferenciado de estados de possessão culturalmente aceitos no sentido de que o primeiro é involuntário, angustiante, incontrolável e muitas vezes recorrente ou persistente; envolve conflito entre o indivíduo e seus ambientes familiar, social ou ocupacional; e manifesta-se em momentos e lugares que violam as normas da cultura ou da religião.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino com transtorno dissociativo de identidade predominam em ambientes clínicos adultos, mas não em ambientes clínicos infantis. Homens adultos com o transtorno podem negar seus sintomas e suas histórias de trauma, o que pode levar a taxas elevadas de diagnóstico falso-negativo. Mulheres com o transtorno apresentam-se com mais frequência com estados dissociativos agudos (p. ex., *flashbacks*, amnésia, fuga, sintomas neurológicos funcionais [conversão], alucinações e automutilação). Os homens exibem comumente mais comportamento criminoso ou violento do que as mulheres; entre eles, os desencadeantes comuns de estados dissociativos agudos incluem participação em combate, condições de encarceramento e agressões físicas ou sexuais.

Risco de Suicídio

Mais de 70% dos pacientes ambulatoriais com transtorno dissociativo de identidade tentaram suicídio; múltiplas tentativas são comuns, e outros comportamentos de autoagressão são frequentes. A avaliação do risco de suicídio pode ser complicada quando existe amnésia em relação ao comportamento suicida pregresso ou quando a identidade que se apresenta não se sente suicida ou não tem consciência de que outras identidades dissociadas se sentem suicidas.

Consequências Funcionais do Transtorno Dissociativo de Identidade

O prejuízo varia bastante, desde aparentemente mínimo (p. ex., em profissionais de alto nível funcional) a profundo. Independentemente do nível de incapacidade, indivíduos com transtorno dissociativo de identidade costumam minimizar o impacto de seus sintomas dissociativos e pós-traumáticos. Os sintomas de indivíduos de alto nível funcional podem comprometer suas funções relacionais, conjugais, familiares e parentais mais do que a vida ocupacional ou profissional (embora esta última também possa ser afetada). Com tratamento apropriado, muitas

pessoas com prejuízos causados pelo transtorno mostram melhora acentuada no funcionamento profissional e pessoal. Entretanto, algumas permanecem bastante comprometidas na maioria das atividades da vida. Essas pessoas podem responder ao tratamento apenas muito lentamente, com redução gradual dos sintomas ou melhor tolerância aos próprios sintomas dissociativos e pós-traumáticos. O tratamento de apoio prolongado pode aumentar lentamente a capacidade desses indivíduos de controlar os sintomas e diminuir o uso de cuidados de saúde de níveis mais restritivos, como internações.

Diagnóstico Diferencial

Outro transtorno dissociativo especificado. A essência do transtorno dissociativo de identidade é a divisão da identidade, com fragmentação recorrente do funcionamento consciente e no senso de si mesmo. Esse aspecto central é compartilhado com uma forma de outro transtorno dissociativo especificado, o qual pode ser diferenciado do transtorno dissociativo de identidade pela presença de sintomas dissociativos mistos crônicos ou recorrentes que não satisfazem o Critério A para transtorno dissociativo de identidade ou não são acompanhados por amnésia recorrente.

Transtorno depressivo maior. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade são, com frequência, deprimidos, e seus sintomas podem parecer satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior. A avaliação rigorosa indica que essa depressão, em alguns casos, não satisfaz os critérios plenos do transtorno depressivo maior. O outro transtorno depressivo especificado em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade frequentemente tem uma característica importante: o humor deprimido e as cognições *flutuam* porque são vivenciados em alguns estados de identidade, mas não em outros.

Transtornos bipolares. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade são, muitas vezes, diagnosticados erroneamente como tendo um transtorno bipolar, com mais frequência transtorno bipolar tipo II. As mudanças relativamente rápidas no humor em indivíduos com esse transtorno – em geral em questão de minutos ou horas, em contraste com as mudanças de humor mais lentas geralmente vistas em transtornos bipolares – devem-se a desvios subjetivos rápidos no humor comumente relatados em estados dissociativos, às vezes acompanhados por flutuações nos níveis de ativação. Ademais, no transtorno dissociativo de identidade, o humor elevado ou deprimido pode ser exibido em conjunto com identidades específicas, de maneira que um ou outro humor pode predominar por um período relativamente longo (em geral durante dias) ou mudar em questão de minutos.

Transtorno de estresse pós-traumático. Alguns indivíduos traumatizados têm tanto transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto transtorno dissociativo de identidade. Consequentemente, é crucial distinguir entre indivíduos apenas com TEPT e aqueles que têm TEPT e transtorno dissociativo de identidade. Esse diagnóstico diferencial requer que o clínico estabeleça a presença ou a ausência de sintomas dissociativos que não sejam característicos de transtorno de estresse agudo ou TEPT. Alguns indivíduos com TEPT manifestam sintomas dissociativos que também ocorrem no transtorno dissociativo de identidade: 1) amnésia em relação a alguns aspectos do trauma, 2) *flashbacks* dissociativos (i.e., revivência do trauma, com percepção reduzida acerca da orientação atual) e 3) sintomas de intrusão e evitação, alterações negativas na cognição e no humor e hiperexcitabilidade, todos concentrados no evento traumático. Por sua vez, indivíduos com transtorno dissociativo de identidade manifestam sintomas dissociativos que não são uma manifestação de TEPT: 1) amnésias para muitos eventos cotidianos (i.e., não traumáticos), 2) *flashbacks* dissociativos que podem ser seguidos por amnésia do conteúdo dos *flashbacks*, 3) intrusões perturbadoras (não relacionadas a material traumático) por estados de identidade dissociados no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações e 4) mudanças completas infrequentes entre estados de identidade diferentes.

Transtornos psicóticos. O transtorno dissociativo de identidade pode ser confundido com esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos. As vozes que se comunicam internamente e personificadas do transtorno dissociativo de identidade, especialmente de uma criança (p. ex.,

"Ouço uma menininha chorando em um armário e um homem zangado gritando com ela"), podem ser tomadas equivocadamente por alucinações psicóticas. Experiências dissociativas de fragmentação de identidade e possessão, e a perda percebida do controle sobre pensamentos, sentimentos e atos, podem ser confundidas com sinais de distúrbio do pensamento formal, como inserção e remoção de pensamentos. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade também podem relatar alucinações visuais, táteis, olfatórias, gustatórias e somáticas, geralmente relacionadas a fatores pós-traumáticos e dissociativos, como *flashbacks* parciais. Vivenciam esses sintomas como causados por identidades alternativas, não têm explicações delirantes para os fenômenos e com frequência descrevem os sintomas de uma maneira personificada (p. ex., "Sinto como se alguém quisesse chorar com os meus olhos"). Vozes internas persecutórias e depreciativas no transtorno dissociativo de identidade associado a sintomas depressivos podem ser diagnosticadas equivocadamente como depressão maior com características psicóticas. Mudanças de identidade caóticas e intrusões agudas que perturbam processos do pensamento podem ser diferenciadas do transtorno psicótico breve pela predominância de sintomas dissociativos e amnésia no episódio, e a avaliação diagnóstica depois de cedida a crise pode ajudar a confirmar o diagnóstico.

Transtornos induzidos por substância/medicamento. Sintomas associados aos efeitos fisiológicos de uma substância podem ser distinguidos do transtorno dissociativo de identidade se a substância em questão for julgada como etiologicamente relacionada à perturbação.

Transtornos da personalidade. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade geralmente apresentam identidades que parecem encapsular uma variedade de aspectos dos transtornos graves da personalidade, sugerindo um diagnóstico diferencial de transtorno da personalidade, especialmente do tipo *borderline*. Entretanto, a variação longitudinal no estilo da personalidade do indivíduo (devido à inconsistência entre identidades) difere da disfunção disseminada e persistente no controle do afeto e nas relações interpessoais típicas dos transtornos da personalidade.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). Esse transtorno pode ser distinguido do transtorno dissociativo de identidade pela ausência de fragmentação da identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão. A amnésia dissociativa no transtorno conversivo é mais limitada e circunscrita (p. ex., amnésia de uma convulsão não epilética).

Transtornos convulsivos. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem apresentar-se com sintomas e comportamentos similares a convulsões que se assemelham a convulsões parciais complexas com focos no lobo temporal. Esses sintomas e comportamentos incluem *déjà vu*, *jamais vu*, despersonalização, desrealização, experiências extracorporais, amnésia, fragmentações da consciência, alucinações e outros fenômenos intrusivos de sensação, afeto e pensamento. Achados eletrencefalográficos normais, incluindo telemetria, diferenciam convulsões não epiléticas dos sintomas similares a convulsões do transtorno dissociativo de identidade. Além disso, indivíduos com transtorno dissociativo de identidade obtêm pontuações de dissociação muito altas, enquanto aqueles com convulsões parciais complexas, não.

Transtorno factício e simulação. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade simulado não informam sintomas intrusivos sutis característicos do transtorno, tendendo a relatar de forma exagerada sintomas muito conhecidos do transtorno, como amnésia dissociativa, ao mesmo tempo que relatam bem menos sintomas comórbidos menos divulgados, como depressão. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade simulado tendem a não estar perturbados pelo transtorno e até mesmo gostar de "tê-lo". Por sua vez, aqueles com transtorno dissociativo de identidade genuíno tendem a sentir vergonha e a ficar arrasados com seus sintomas, não os relatando com frequência ou negando sua condição. A observação repetida, uma história corroborativa e a avaliação psicométrica e psicológica intensiva podem ser úteis na avaliação.

Indivíduos que simulam transtorno dissociativo de identidade geralmente criam identidades alternativas limitadas e estereotipadas, com anmésia simulada relacionada aos eventos para os quais buscam obter ganhos ou vantagens. Por exemplo, podem apresentar uma

identidade "toda positiva" e uma identidade "toda negativa" na esperança de obter perdão e justificar um crime.

Comorbidade

Muitos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade apresentam uma condição comórbida. Caso não avaliados e tratados especificamente para o transtorno dissociativo, esses indivíduos muitas vezes acabam recebendo tratamento prolongado apenas para o diagnóstico comórbido, com resposta geral ao tratamento limitada e resultando em desmoralização e incapacidade.

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade geralmente exibem muitos transtornos comórbidos. A maioria desenvolve particularmente TEPT. Outros transtornos com frequência comórbidos incluem transtornos depressivos, transtornos relacionados a trauma e a estressores, transtornos da personalidade (especialmente transtornos da personalidade evitativa e *borderline*), transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), transtorno de sintomas somáticos, transtornos alimentares, transtornos relacionados a substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos do sono. Alterações dissociativas na identidade, na memória e na consciência podem afetar a apresentação sintomática de transtornos comórbidos.

Amnésia Dissociativa

Critérios Diagnósticos **300.12 (F44.0)**

A. Incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante, incompatível com o esquecimento normal.
   Nota: A amnésia dissociativa consiste mais frequentemente em amnésia localizada ou seletiva de um evento ou eventos específicos ou amnésia generalizada da identidade e da história de vida.
B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., álcool ou outra droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição neurológica ou médica (p. ex., convulsões complexas parciais, amnésia global transitória, sequelas de traumatismo craniano/lesão cerebral traumática, outra condição neurológica).
D. A perturbação não é mais bem explicada por transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de sintomas somáticos ou transtorno neurocognitivo maior ou menor.

Nota para codificação: O código para amnésia dissociativa sem fuga dissociativa é **300.12 (F44.0)**. O código para amnésia com fuga dissociativa é **300.13 (F44.1).**

Especificar se:

300.13 (F44.1) Com fuga dissociativa: Viagem aparentemente proposital ou perambulação sem rumo associada a amnésia de identidade ou de outras informações autobiográficas importantes.

Características Diagnósticas

A característica definidora da amnésia dissociativa é uma incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes que 1) deveriam estar bem guardadas na memória e 2) comumente seriam prontamente lembradas (Critério A). A amnésia dissociativa difere das amnésias permanentes devidas a dano neurológico ou toxicidade que impedem a retenção ou a recordação de memórias no sentido de que é sempre potencialmente reversível, pois a lembrança foi armazenada com sucesso.

Amnésia localizada, a impossibilidade de recordar eventos durante um período limitado, é a forma mais comum de amnésia dissociativa. A amnésia localizada pode ser mais ampla do que a amnésia de um único evento traumático (p. ex., meses ou anos associados a abuso infantil ou

participação em combate intenso). Na *amnésia seletiva*, o indivíduo consegue recordar alguns, mas não todos os, eventos de um período limitado. Assim, pode lembrar-se de uma determinada parte de um evento traumático, mas não de outras partes. Alguns indivíduos relatam tanto amnésias localizadas quanto seletivas.

Amnésia generalizada, uma perda completa da memória da história de vida da pessoa, é rara. Indivíduos com amnésia generalizada podem esquecer a própria identidade. Alguns perdem o conhecimento prévio a respeito do mundo (i.e., conhecimento semântico) e não conseguem mais acessar habilidades bem aprendidas (i.e., conhecimento procedural). A amnésia generalizada tem um início agudo; a perplexidade, a desorientação e a perambulação sem rumo de indivíduos com amnésia generalizada geralmente os levam à atenção policial ou a serviços de emergência psiquiátrica. Esse tipo de amnésia pode ser mais comum entre veteranos de guerra, vítimas de ataque sexual e indivíduos que sofrem estresse ou conflito emocional extremo.

Indivíduos com amnésia dissociativa com frequência não percebem (ou percebem apenas parcialmente) seus problemas de memória. Muitos, especialmente os que têm amnésia localizada, minimizam a importância de sua perda de memória e podem sentir-se desconfortáveis quando levados a enfrentá-la. Na *amnésia sistematizada*, o indivíduo perde a memória de uma categoria de informação específica (p. ex., todas as recordações relacionadas à família, a uma determinada pessoa ou ao abuso sexual na infância). Na *amnésia contínua*, o indivíduo esquece todos os eventos novos à medida que acontecem.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Muitos indivíduos com amnésia dissociativa apresentam prejuízo crônico em sua capacidade de formar e manter relacionamentos satisfatórios. Histórias de trauma, abuso infantil e vitimização são comuns. Alguns indivíduos com amnésia dissociativa relatam *flashbacks* dissociativos (i.e., revivência comportamental de eventos traumáticos). Muitos têm história de automutilação, tentativas de suicídio e outros comportamentos de alto risco. Sintomas depressivos e de sintomatologia neurológica funcional são comuns, assim como despersonalização, sintomas auto-hipnóticos e suscetibilidade à hipnose. Disfunções sexuais são comuns. Uma lesão cerebral traumática leve pode preceder a amnésia dissociativa.

Prevalência

A prevalência em 12 meses da amnésia dissociativa entre adultos de um estudo de uma pequena comunidade nos Estados Unidos foi de 1,8% (1,0% para homens; 2,6% para mulheres).

Desenvolvimento e Curso

O início da amnésia dissociativa costuma ser súbito. Pouco se sabe a respeito do início das amnésias localizada e seletiva porque elas raramente são evidentes, mesmo para a pessoa afetada. Embora eventos opressivos ou intoleráveis comumente precedam a amnésia localizada, seu início pode demorar horas, dias ou ainda mais tempo.

Os indivíduos podem relatar múltiplos episódios de amnésia dissociativa. Um único episódio pode predispor a episódios futuros. Entre os episódios de amnésia, o indivíduo pode ou não parecer estar agudamente sintomático. A duração dos eventos esquecidos pode ir desde minutos até décadas. Alguns episódios de amnésia dissociativa cedem rapidamente (p. ex., quando a pessoa é retirada de combate ou de outra situação estressante), enquanto outros persistem por períodos mais prolongados. Alguns indivíduos podem gradativamente recordar as lembranças dissociadas anos depois. As capacidades dissociativas podem decair com a idade, mas nem sempre. À medida que a amnésia vai cedendo, pode haver sofrimento intenso, comportamento suicida e sintomas de TEPT.

A amnésia dissociativa foi observada em crianças pequenas, adolescentes e adultos. Talvez seja mais difícil avaliar crianças nesse aspecto, porque elas com frequência têm dificuldade para entender perguntas a respeito da amnésia, e os entrevistadores podem ter dificuldade em formular

perguntas apropriadas às crianças a respeito de memória e amnésia. Muitas vezes, é difícil diferenciar observações de amnésia dissociativa aparente de transtornos de desatenção, absorção, ansiedade, comportamento opositivo e aprendizagem. Pode ser necessário obter relatos de diversas fontes diferentes (p. ex., professor, terapeuta, assistente social) para diagnosticar amnésia em crianças.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Experiências traumáticas únicas ou repetidas (p. ex., guerra, maus-tratos infantis, desastre natural, confinamento em campos de concentração, genocídio) são antecedentes comuns. A amnésia dissociativa tende a ocorrer mais conforme 1) um número maior de experiências adversas na infância, particularmente abuso físico e/ou sexual; 2) violência interpessoal; e 3) maior gravidade, frequência e violência do trauma.

Genéticos e fisiológicos. Não existem estudos genéticos de amnésia dissociativa. Estudos de dissociação demonstram fatores genéticos e ambientais significativos em amostras tanto clínicas quanto não clínicas.

Modificadores do curso. A remoção das circunstâncias traumáticas subjacentes à amnésia dissociativa (p. ex., participação em combate) pode provocar um retorno rápido da memória. A perda de memória em indivíduos com fuga dissociativa pode ser particularmente refratária. O início de sintomas de TEPT pode diminuir a amnésia localizada, seletiva ou sistematizada. Entretanto, esse retorno da memória pode ser vivenciado como *flashbacks* que se alternam com amnésia do conteúdo dos *flashbacks*.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Na Ásia, no Oriente Médio e na América Latina, convulsões não epiléticas e outros sintomas neurológicos funcionais podem acompanhar a amnésia dissociativa. Em culturas com tradições sociais altamente restritivas, os desencadeantes de amnésia dissociativa muitas vezes não envolvem um trauma franco. Em tais casos, a amnésia é precedida por estresses ou conflitos psicológicos graves (p. ex., conflitos conjugais, outras perturbações familiares, problemas de apego, conflitos em virtude de restrição ou opressão).

Risco de Suicídio

Comportamentos suicidas e outros comportamentos autodestrutivos são comuns em indivíduos com amnésia dissociativa. O comportamento suicida pode representar risco particular quando a amnésia cede repentinamente e sobrecarrega o indivíduo com recordações intoleráveis.

Consequências Funcionais da Amnésia Dissociativa

O prejuízo a indivíduos com amnésia dissociativa localizada, seletiva ou sistematizada vai desde limitado até grave. Indivíduos com amnésia dissociativa generalizada crônica geralmente têm prejuízo em todos os aspectos do funcionamento. Mesmo quando "reaprendem" aspectos da sua história de vida, a memória autobiográfica permanece bastante prejudicada. Muitos se tornam incapacitados em termos vocacionais e interpessoais.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno dissociativo de identidade. Indivíduos com amnésia dissociativa podem relatar sintomas de despersonalização e auto-hipnóticos. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade relatam lacunas significativas no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhadas por vários outros sintomas dissociativos. As amnésias de pessoas com amnésias dissociativas localizada, seletiva e/ou sistematizada são relativamente estáveis. As amnésias no transtorno dissociativo de identidade incluem amnésia de eventos cotidianos, descoberta de posses

inexplicadas, flutuações repentinas nas habilidades e na capacidade de julgamento, lacunas importantes na recordação da história de vida e lacunas amnésticas breves em interações interpessoais.

Transtorno de estresse pós-traumático. Alguns indivíduos com TEPT não conseguem recordar uma parte ou o todo de um evento traumático específico (p. ex., vítima de estupro com sintomas de despersonalização e/ou desrealização que não consegue recordar a maioria dos eventos do dia inteiro do estupro). Quando tal amnésia se estende além do momento imediato do trauma, um diagnóstico comórbido de amnésia dissociativa é justificável.

Transtornos neurocognitivos. Nos transtornos neurocognitivos, a perda de memória para informações pessoais geralmente está incorporada a perturbações cognitivas, afetivas, da atenção e comportamentais. Na amnésia dissociativa, os déficits de memória estão essencialmente voltados para informações autobiográficas, enquanto as competências intelectuais e cognitivas estão preservadas.

Transtornos relacionados a substâncias. No contexto de intoxicações repetidas com álcool ou outras substâncias/medicamentos, pode haver episódios de "apagões" ou períodos dos quais o indivíduo não tem nenhuma memória. Para ajudar a distinguir esses episódios da amnésia dissociativa, uma história longitudinal observando que os episódios amnésticos ocorrem apenas no contexto de intoxicação e não ocorrem em outras situações ajudaria a identificar a origem como induzida por substância; entretanto, tal distinção talvez seja difícil quando o indivíduo com amnésia dissociativa também faz uso excessivo de álcool ou outras substâncias no contexto de situações estressantes que também podem exacerbar sintomas dissociativos. Algumas pessoas com amnésia dissociativa e transtornos por uso de substância comórbidos atribuirão seus problemas de memória exclusivamente ao uso da substância. O uso prolongado de álcool ou outras substâncias pode resultar em um transtorno neurocognitivo induzido por substância que pode estar associado a função cognitiva prejudicada; entretanto, nesse contexto, a história prolongada de uso de substância e os déficits persistentes associados com o transtorno neurocognitivo serviriam para distingui-lo de amnésia dissociativa, na qual geralmente não há evidência de prejuízo persistente no funcionamento intelectual.

Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral. Pode ocorrer amnésia no contexto de uma lesão cerebral traumática (LCT) na qual tenha havido impacto ao crânio ou outros mecanismos de movimento ou deslocamento rápido do cérebro no interior da caixa craniana. Outras características da LCT incluem perda de consciência, desorientação e confusão ou, nos casos mais graves, sinais neurológicos (p. ex., alterações em exames de neuroimagem, surgimento de convulsões na ausência de história convulsiva prévia ou piora acentuada de um transtorno convulsivo preexistente, defeitos do campo visual, anosmia). Um transtorno neurocognitivo atribuível a LCT deve estar presente seja imediatamente depois da ocorrência de uma lesão cerebral, seja imediatamente depois que o indivíduo recupera a consciência após a lesão e também persistir além do período agudo pós-lesão. O quadro cognitivo de um transtorno neurocognitivo depois de LCT é variável e inclui dificuldades nos domínios de atenção, função executiva, aprendizagem e memória, bem como diminuição da velocidade do processamento de informações e perturbações na cognição social. Esses aspectos adicionais ajudam a distingui-lo da amnésia dissociativa.

Transtornos convulsivos. Indivíduos com transtornos convulsivos podem exibir comportamento alterado durante as convulsões ou no período pós-ictal, com amnésia subsequente. Alguns indivíduos com um transtorno convulsivo adotam um comportamento de perambulação sem rumo limitado ao período da atividade convulsiva. Já o comportamento durante uma fuga dissociativa geralmente tem um propósito, é complexo e orientado a um objetivo e pode durar dias, semanas ou mais. Eventualmente, indivíduos com um transtorno convulsivo relatarão que memórias autobiográficas mais remotas foram "apagadas" à medida que o transtorno convulsivo progride. Essa perda de memória não está associada a circunstâncias traumáticas e parece ocorrer aleatoriamente. Eletrencefalogramas seriados costumam mostrar anormalidades. O monitoramento eletrencefalográfico telemétrico frequentemente mostra associação entre os episódios de amnésia e a atividade convulsiva. Amnésias dissociativas e epiléticas podem coexistir.

Estupor catatônico. O mutismo no estupor catatônico pode sugerir amnésia dissociativa, mas a impossibilidade de recordar está ausente. Outros sintomas catatônicos (p. ex., rigidez, postura fixa, negativismo) geralmente estão presentes.

Transtorno factício e simulação. Não há exame, bateria de testes ou conjunto de procedimentos que diferencie invariavelmente amnésia dissociativa e amnésia simulada. Observou-se que indivíduos com transtorno factício ou simulação continuam a farsa mesmo durante entrevistas hipnóticas ou facilitadas com barbitúricos. A amnésia simulada é mais comum em indivíduos com 1) amnésia dissociativa florida e aguda; 2) problemas financeiros, sexuais ou legais; ou 3) desejo de fugir de circunstâncias estressantes. A amnésia verdadeira pode estar associada a essas mesmas circunstâncias. Muitos indivíduos que simulam confessam espontaneamente ou quando confrontados.

Alterações normais na memória e relacionadas ao envelhecimento. Declínios na memória em transtornos neurocognitivos maiores e leves são diferentes dos atribuídos à amnésia dissociativa, os quais estão geralmente associados a eventos estressantes e são mais específicos, extensos e/ou complexos.

Comorbidade

À medida que a amnésia dissociativa começa a ceder, uma ampla variedade de fenômenos afetivos pode surgir: disforia, pesar, raiva, vergonha, culpa, conflitos psicológicos, ideação, impulsos e atos suicidas e homicidas. Esses indivíduos podem apresentar sintomas que então satisfazem os critérios diagnósticos de transtorno depressivo persistente (distimia); transtorno depressivo maior; outro transtorno depressivo especificado ou transtorno depressivo não especificado; transtorno de adaptação com humor deprimido; ou transtorno de adaptação com perturbação mista de emoções e conduta. Muitos indivíduos com amnésia dissociativa desenvolvem TEPT em algum momento durante a vida, especialmente quando os antecedentes traumáticos da amnésia são trazidos à percepção consciente.

Muitas pessoas com amnésia dissociativa apresentam sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de um transtorno de sintomas somáticos ou transtorno relacionado comórbido (e vice-versa), incluindo transtorno de sintomas somáticos e transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), bem como sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de um transtorno da personalidade, especialmente dependente, evitativa e *borderline*.

Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Critérios Diagnósticos **300.6 (F48.1)**

A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas:
   1. **Despersonalização:** Experiências de irrealidade, distanciamento ou de ser um observador externo dos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (p. ex., alterações da percepção, senso distorcido do tempo, sensação de irrealidade ou senso de si mesmo irreal ou ausente, anestesia emocional e/ou física).
   2. **Desrealização:** Experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (p. ex., indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, inertes ou visualmente distorcidos).
B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.
C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões).
E. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno dissociativo.

Características Diagnósticas

Os aspectos essenciais do transtorno de despersonalização/desrealização são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas. Episódios de despersonalização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou distanciamento ou estranhamento de si mesmo como um todo ou de aspectos de si mesmo (Critério A1). O indivíduo pode sentir-se distanciado de seu próprio ser como um todo (p. ex., "Não sou ninguém", "Não tenho identidade"). Essa pessoa pode também sentir-se subjetivamente distanciada de aspectos de si memo, incluindo sentimentos (p. ex., hipoemotividade: "Sei que tenho sentimentos, mas não consigo senti-los"), pensamentos (p. ex., "Meus pensamentos não parecem meus", "cabeça vazia"), o corpo inteiro ou partes do corpo, ou sensações (p. ex., toque, propriocepção, fome, sede, libido). Pode haver também sensação de perda de domínio das próprias ações (p. ex., sentir-se como um robô, autômato; perda de controle da fala e dos movimentos). A experiência de despersonalização pode, às vezes, envolver uma cisão no senso de si mesmo, com uma parte observando e outra participando, fenômeno conhecido como "experiência extracorpórea" em sua forma mais extrema. O sintoma unitário de "despersonalização" consiste em diversos fatores sintomáticos: experiências corporais anômalas (i.e., irrealidade de si mesmo e alterações perceptuais); anestesia emocional ou física; e distorções temporais com recordação subjetiva alterada.

Episódios de desrealização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou distanciamento ou estranhamento do mundo como um todo: indivíduos, objetos inanimados ou o meio (Critério A2). O indivíduo pode sentir como se estivesse entre nuvens, em um sonho ou em uma bolha, ou como se houvesse um véu ou um vidro entre ele e o mundo ao redor. O meio pode ser vivenciado como artificial, incolor ou inerte. A desrealização é comumente acompanhada por distorções visuais subjetivas, como visão embaçada, acuidade visual aumentada, campo visual ampliado ou estreitado, dupla dimensionalidade ou achatamento, tridimensionalidade exagerada ou alteração da distância ou do tamanho de objetos (i.e., macropsia ou micropsia). Distorções auditivas também podem ocorrer, nas quais vozes ou sons são mudos ou mais intensos do que de fato são. Além disso, o Critério C requer a presença de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do invidíduo, e os Critérios D e E descrevem diagnósticos de exclusão.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização podem ter dificuldade em descrever seus sintomas e podem achar que estão "loucos" ou "enlouquecendo". Outra experiência comum é o medo de dano cerebral irreversível. Um sintoma que costuma estar associado é um sentido de tempo subjetivamente alterado (i.e., rápido ou lento demais), bem como dificuldade subjetiva em recordar vividamente memórias passadas e considerá-las pessoais e emocionais. Sintomas somáticos vagos, como pressão na cabeça, formigamento ou atordoamento, não são incomuns. Os indivíduos podem sofrer de ruminação extrema ou preocupação obsessiva (p. ex., constantemente obcecado com a dúvida de se realmente existe ou verificando suas percepções para determinar se parecem reais). Graus variados de ansiedade e depressão também são aspectos associados comuns. Observou-se que indivíduos com esse transtorno têm hiporreatividade fisiológica a estímulos emocionais. Substratos neurais de interesse incluem o eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal, o lóbulo parietal inferior e circuitos corticolímbicos pré-frontais.

Prevalência

Sintomas transitórios de despersonalização/desrealização que duram de horas a dias são comuns na população em geral. A prevalência em 12 meses do transtorno de despersonalização/desrealização é consideravelmente menor do que a de sintomas transitórios, embora estimativas precisas do transtorno não estejam disponíveis. Em termos gerais, aproximadamente metade de todos os adultos já sofreu pelo menos um episódio na vida de despersonalização/desrealização. Entretanto, a sintomatologia que satisfaz plenamente os critérios para transtorno de despersona-

lização/desrealização é consideravelmente menos comum do que sintomas transitórios. A prevalência durante a vida nos Estados Unidos e em outros países é de cerca de 2% (faixa de 0,8 a 2,8%). A proporção de gênero para o transtorno é de 1:1.

Desenvolvimento e Curso

A média de idade na primeira manifestação do transtorno de despersonalização/desrealização é 16 anos, embora ele possa se manifestar na primeira infância e na infância intermediária. Uma minoria não consegue sequer recordar de ter tido os sintomas. Menos de 20% dos indivíduos sofrem a manifestação inicial depois dos 20 anos de idade, e apenas 5% depois dos 25 anos. O início na quarta década de vida ou posteriormente é bastante incomum. A manifestação inicial pode ser desde extremamente súbita a gradual. A duração dos episódios do transtorno de despersonalização/desrealização pode variar muito, desde breve (horas a dias) até prolongada (semanas, meses ou anos). Considerando-se a raridade da manifestação inicial do transtorno depois dos 40 anos, nesses casos o indivíduo deverá ser examinado mais atentamente quanto à presença de condições clínicas subjacentes (p. ex., lesões cerebrais, transtornos convulsivos, apneia do sono). O curso do transtorno é com frequência persistente. Cerca de um terço dos casos envolve episódios distintos, bem delimitados; outro terço, sintomas contínuos desde o início; e outro terço, ainda, um curso inicialmente episódico que acaba se tornando contínuo.

Enquanto em alguns indivíduos a intensidade dos sintomas pode aumentar e diminuir consideravelmente, outros relatam um nível estável de intensidade que, em casos extremos, pode estar presente de maneira constante por anos ou décadas. Fatores internos e externos que afetam a intensidade dos sintomas variam entre os indivíduos, embora alguns padrões típicos sejam relatados. As exacerbações podem ser desencadeadas por estresse, piora dos sintomas de humor e ansiedade ou ambientes hiperestimulantes e por fatores físicos como iluminação e privação de sono.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização são caracterizados por temperamento orientado para a evitação de danos, defesas imaturas e esquemas cognitivos tanto de desconexão quanto de superconexão. Defesas imaturas como idealização/desvalorização, projeção e atuação resultam em negação da realidade e má adaptação. *Esquemas cognitivos de desconexão* refletem inibição emocional e vergonha e incluem temas de abuso, negligência e privação. *Esquemas de superconexão* envolvem prejuízo da autonomia e incluem temas de dependência, vulnerabilidade e incompetência.

Ambientais. Existe associação clara entre o transtorno e traumas interpessoais na infância em uma proporção significativa dos indivíduos, embora tal associação não seja tão prevalente ou extrema na natureza dos traumas quanto em outros transtornos dissociativos, como o transtorno dissociativo de identidade. Abuso e negligência emocionais foram particularmente associados de maneira mais forte e consistente com o transtorno. Outros estressores podem incluir abuso físico; testemunho de violência doméstica; crescer com pai/mãe com doença mental grave; ou morte ou suicídio inesperado de um familiar ou amigo próximo. O abuso sexual é um antecedente bem menos comum, mas pode ser encontrado. Os desencadeantes próximos mais comuns do transtorno são estresse grave (interpessoal, financeiro, profissional), depressão, ansiedade (particularmente ataques de pânico) e uso de drogas ilícitas. Os sintomas podem ser especificamente induzidos por substâncias como tetraidrocanabinol, alucinógenos, quetamina, MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina; *ecstasy*) e *Salvia divinorum*. O uso de maconha pode desencadear a manifestação inicial de ataques de pânico e sintomas de despersonalização/desrealização simultaneamente.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Experiências de despersonalização/desrealização induzidas voluntariamente podem fazer parte de práticas de meditação prevalentes em muitas religiões e culturas e não devem ser diagnostica-

das como um transtorno. Entretanto, existem indivíduos que inicialmente induzem esses estados de maneira intencional, mas com o tempo perdem o controle sobre eles e podem desenvolver medo e aversão por práticas relacionadas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Sintomas do transtorno de despersonalização/desrealização são altamente perturbadores e estão associados a grande morbidade. A conduta afetivamente embotada e robótica que esses indivíduos com frequência demonstram pode aparentar ser incongruente com a dor emocional relatada por aqueles com o transtorno. O prejuízo é comumente sentido tanto nas esferas interpessoais quanto nas esferas profissionais, muito devido à hipoemocionalidade em relação aos outros, à dificuldade subjetiva de concentrar-se e reter informações e à sensação generalizada de desconexão da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade de doença. Embora indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização possam apresentar queixas somáticas vagas, bem como temor de dano cerebral permanente, o diagnóstico desse transtorno é caracterizado pela presença de uma constelação de sintomas típicos de despersonalização/desrealização e pela ausência de outras manifestações do transtorno de ansiedade de doença.

Transtorno depressivo maior. Sentimentos de insensibilidade, anestesia, inércia, apatia e de estar em um sonho não são incomuns em episódios depressivos maiores. Entretanto, no transtorno de despersonalização/desrealização, esses sintomas estão associados a outros sintomas do transtorno. Se a despersonalização/desrealização preceder claramente o início de um transtorno depressivo maior ou claramente continuar depois de sua resolução, o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização se aplica.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Alguns indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização podem tornar-se excessivamente preocupados com sua experiência subjetiva ou desenvolver rituais de verificação do estado de seus sintomas. Entretanto, outros sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo não relacionados a despersonalização/desrealização não estão presentes.

Outros transtornos dissociativos. Para diagnosticar o transtorno de despersonalização/desrealização, os sintomas não deverão ocorrer no contexto de outro transtorno dissociativo, como o transtorno dissociativo de identidade. A diferenciação de amnésia dissociativa e transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais) é mais simples, já que os sintomas desses transtornos não se sobrepõem aos do transtorno de despersonalização/desrealização.

Transtornos de ansiedade. Despersonalização/desrealização é um dos sintomas de ataques de pânico, ocorrendo de forma progressivamente mais comum à medida que a gravidade dos ataques de pânico aumenta. Dessa forma, o transtorno de despersonalização/desrealização não deverá ser diagnosticado quando os sintomas ocorrerem apenas durante ataques de pânico que fazem parte de um transtorno de pânico, de um transtorno de ansiedade social ou de uma fobia específica. Além disso, não é incomum que sintomas de despersonalização/desrealização surjam primeiro no contexto de um primeiro ataque de pânico ou à medida que o transtorno de pânico progride e piora. Nesses quadros, o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização pode ser feito se 1) o componente de despersonalização/desrealização do quadro for muito proeminente desde o início, excedendo nitidamente em duração e intensidade a ocorrência do ataque de pânico; ou 2) a despersonalização/desrealização continuar depois do transtorno de pânico ter cedido ou sido tratado com êxito.

Transtornos psicóticos. A presença de um teste de realidade intacto especificamente com relação aos sintomas de despersonalização/desrealização é essencial para diferenciar esse transtorno de transtornos psicóticos. Em raros casos, a esquizofrenia com sintomas positivos pode

representar um desafio diagnóstico quando delírios niilistas estão presentes. Por exemplo, um indivíduo pode relatar que está morto ou que o mundo não é real; isso pode ser tanto uma experiência subjetiva que o indivíduo sabe que não é verdadeira quanto uma convicção delirante.

Transtornos induzidos por substância/medicamento. A despersonalização/desrealização associada aos efeitos fisiológicos de substâncias durante a intoxicação aguda ou durante a abstinência não é diagnosticada como transtorno de despersonalização/desrealização. As substâncias desencadeantes mais comuns são: maconha, alucinógenos, quetamina, *ecstasy* e *Salvia divinorum*. Em cerca de 15% de todos os casos de transtorno de despersonalização/desrealização, os sintomas são precipitados pela ingestão dessas substâncias. Se os sintomas persistirem por algum tempo na ausência de uso adicional de substância ou medicamento, o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização se aplica. Geralmente é fácil estabelecer esse diagnóstico, já que a grande maioria dos indivíduos com essa apresentação torna-se altamente fóbica e aversa à substância desencadeante e não a usa novamente.

Transtornos mentais devidos a outra condição médica. Alguns aspectos como a manifestação inicial depois dos 40 anos de idade ou a presença de sintomas e curso atípicos sugerem a possibilidade de uma condição médica subjacente. Nesses casos, é essencial conduzir uma avaliação clínica e neurológica completa, que pode incluir exames laboratoriais de rotina, testes virais, eletrencefalograma, testagem vestibular, testagem visual, polissonografia e/ou exame de neuroimagem. Quando for difícil confirmar a suspeita de um transtorno convulsivo subjacente, um eletrencefalograma ambulatorial pode ser indicado; embora a epilepsia do lobo temporal esteja mais comumente implicada, epilepsias do lobo parietal e frontal também podem estar associadas.

Comorbidade

Em uma amostra por conveniência de adultos recrutados para uma série de pesquisas de despersonalização, foi comum a presença de transtorno depressivo unipolar e transtornos de ansiedade comórbidos, com uma proporção significativa da amostra sendo afetada por ambos os transtornos. A comorbidade com transtorno de estresse pós-traumático foi baixa. Os três transtornos da personalidade que mais ocorreram de forma concomitante foram evitativa, *borderline* e obsessivo-compulsiva.

Outro Transtorno Dissociativo Especificado

300.15 (F44.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos dissociativos. A categoria outro transtorno dissociativo especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno dissociativo específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno dissociativo especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "transe dissociativo").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno dissociativo especificado" incluem os seguintes:

1. **Síndromes crônicas e recorrentes de sintomas dissociativos mistos:** Esta categoria inclui perturbação da identidade associada a alterações brandas no senso de si mesmo e no senso de domínio das próprias ações ou alterações da identidade ou episódios de possessão em um indivíduo que relata não ter amnésia dissociativa.
2. **Perturbação da identidade devido a persuasão coercitiva prolongada e intensa:** Indivíduos sujeitos a persuasão coercitiva intensa (p. ex., lavagem cerebral, reforma de pensamentos, doutrinação em cativeiro, tortura, prisão política prolongada, recrutamento por seitas/cultos ou or-

ganizações terroristas) podem apresentar mudanças prolongadas na, ou questionamento consciente da, própria identidade.

3. **Reações dissociativas agudas a eventos estressantes:** Esta categoria inclui condições transitórias agudas que geralmente duram menos de um mês e às vezes apenas poucas horas ou dias. Essas condições são caracterizadas por estreitamento da consciência; despersonalização; desrealização; perturbações da percepção (p. ex., lentificação do tempo, macropsia); microamnésias; estupor transitório; e/ou alterações no funcionamento sensório-motor (p. ex., analgesia, paralisia).
4. **Transe dissociativo:** Esta condição é caracterizada por estreitamento ou perda completa da consciência do ambiente que se manifesta como ausência profunda de responsividade ou insensibilidade a estímulos ambientais. A ausência de responsividade pode estar acompanhada por comportamentos estereotipados menores (p. ex., movimentos dos dedos) que o indivíduo não percebe e/ou não consegue controlar, bem como paralisia transitória ou perda da consciência. O transe dissociativo não é parte habitual de práticas culturais ou religiosas coletivas amplamente aceitas.

Transtorno Dissociativo Não Especificado

300.15 (F44.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos dissociativos. A categoria transtorno dissociativo não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno dissociativo específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informação suficiente para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Página propositalmente deixada em branco

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados

O transtorno de sintomas somáticos e outros transtornos com sintomas somáticos proeminentes constituem uma nova categoria no DSM-5 denominada *transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados*. Este capítulo inclui os diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício, outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificados. Todos os transtornos neste capítulo compartilham de um aspecto comum: a proeminência de sintomas somáticos associados a sofrimento e prejuízo significativos. Indivíduos com transtornos com sintomas somáticos proeminentes costumam ser encontrados em contextos de atendimento primário e em outros contextos médicos, porém menos comumente em contextos psiquiátricos e em outros de saúde mental. Esses diagnósticos reconceitualizados, baseados em uma reorganização dos diagnósticos de transtorno somatoforme do DSM-IV, são mais úteis para profissionais de atendimento primário e outros médicos clínicos (não psiquiatras).

O principal diagnóstico nessa classe diagnóstica, transtorno de sintomas somáticos, enfatiza o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos. O que caracteriza indivíduos com transtorno de sintomas somáticos não são os sintomas somáticos em si, mas como eles se apresentam e como são interpretados. A integração de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais aos critérios do transtorno de sintomas somáticos proporciona uma reflexão mais abrangente e precisa do verdadeiro quadro clínico do que seria possível avaliando-se apenas as queixas somáticas.

Os princípios por trás das mudanças nos diagnósticos de sintomas somáticos e diagnósticos relacionados a partir do DSM-IV são cruciais para entender os diagnósticos do DSM-5. O termo do DSM-IV *transtornos somatoformes* era confuso e foi substituído por *transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados*. No DSM-IV, havia grande sobreposição entre os transtornos somatoformes e falta de clareza acerca das fronteiras dos diagnósticos. Embora indivíduos com esses transtornos se apresentem essencialmente em contextos gerais de saúde e não mentais, médicos não psiquiatras consideravam os diagnósticos somatoformes do DSM-IV difíceis de entender e usar. A classificação atual do DSM-5 reconhece tal sobreposição ao reduzir o número total de transtornos, bem como suas subcategorias.

Os critérios anteriores superenfatizavam o papel central de sintomas clinicamente inexplicados. Esses sintomas estão presentes em graus variados, particularmente no transtorno conversivo, mas transtornos de sintomas somáticos também podem acompanhar doenças médicas diagnosticadas. A confiabilidade para determinar que um sintoma somático é clinicamente inexplicado é limitada, e estabelecer um diagnóstico na ausência de uma explicação é algo problemático e reforça a dicotomia mente-corpo. Não é apropriado dar a um indivíduo um diagnóstico de transtorno mental unicamente por não se conseguir demonstrar uma causa médica. Ademais, a presença de um diagnóstico médico não exclui a possibilidade de um transtorno mental comórbido, incluindo um transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Talvez em vir-

tude do foco predominente na ausência de uma explicação médica, os indivíduos consideravam esses diagnósticos como pejorativos e degradantes, como se sugerissem que seus sintomas físicos não fossem "reais". A nova classificação define o diagnóstico principal, transtorno de sintomas somáticos, com base em sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas). Entretanto, sintomas clinicamente inexplicados continuam a ser um aspecto-chave no transtorno conversivo e na pseudociese (outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado) porque é possível demonstrar de maneira definitiva em tais transtornos que os sintomas não são compatíveis com uma fisiopatologia médica.

É importante observar que alguns outros transtornos mentais podem manifestar-se inicialmente com sintomas essencialmente somáticos (p. ex., transtorno depressivo maior, transtorno de pânico). Esses diagnósticos podem ser responsáveis pelos sintomas somáticos ou podem ocorrer paralelamente a um dos transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados deste capítulo. Há também considerável comorbidade médica entre indivíduos somatizadores. Embora sintomas somáticos estejam com frequência associados a sofrimento psicológico e psicopatologia, alguns transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados podem surgir de forma espontânea, e suas causas podem permanecer obscuras. Transtornos de ansiedade e transtornos depressivos podem acompanhar transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados. O componente somático agrega gravidade e complexidade a transtornos depressivos e de ansiedade e resulta em maior gravidade, prejuízo funcional e até mesmo refratariedade aos tratamentos tradicionais. Em casos raros, o grau de preocupação pode ser tão grave a ponto de merecer a consideração de um diagnóstico de transtorno delirante.

Uma série de fatores pode contribuir para o transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados: vulnerabilidade genética e biológica (p. ex., maior sensibilidade à dor), experiências traumáticas precoces (p. ex., violência, abuso, privação) e aprendizagem (p. ex., atenção obtida por causa da doença, ausência de reforço de expressões não somáticas de sofrimento), bem como normas culturais/sociais que desvalorizam e estigmatizam o sofrimento psicológico em comparação com o sofrimento físico. Diferenças nos cuidados médicos entre culturas afetam a apresentação, o reconhecimento e o tratamento dessas manifestações somáticas. Variações na apresentação sintomática provavelmente resultam da interação de múltiplos fatores em contextos culturais que afetam como os indivíduos identificam e classificam sensações corporais, percebem a doença e buscam atenção médica para si. Dessa forma, apresentações somáticas podem ser vistas como expressões de sofrimento pessoal inseridas em um contexto cultural e social.

Todos esses transtornos são caracterizados pelo foco predominante em preocupações somáticas e por sua apresentação inicial sobretudo em contextos médicos em vez de nos de saúde mental. O transtorno de sintomas somáticos oferece um método clinicamente mais útil para caracterizar indivíduos que podem ter sido considerados no passado como tendo um diagnóstico de transtorno de somatização. Ademais, aproximadamente 75% das pessoas previamente diagnosticadas com hipocondria estão inclusas no diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Entretanto, cerca de 25% daquelas com hipocondria apresentam um alto nível de ansiedade relacionado à saúde na ausência de sintomas somáticos, e muitos dos sintomas dessas pessoas não prencheriam critérios para o diagnóstico de um transtorno de ansiedade. O diagnóstico do DSM-5 de transtorno de ansiedade de doença encaixa-se neste último grupo de indivíduos. O transtorno de ansiedade de doença pode ser considerado tanto nesta seção diagnóstica quanto como um transtorno de ansiedade. Devido à forte ênfase nas preocupações somáticas, e na medida em que o transtorno de ansiedade é encontrado com mais frequência em contextos médicos, por razões de utilidade, ele está listado no grupo do transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. No transtorno conversivo, o aspecto essencial são os sintomas neurológicos considerados, depois de uma avaliação neurológica apropriada, incompatíveis com uma fisiopatologia neurológica. Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas também está incluso neste capítulo. Seu aspecto essencial é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou

comportamentais clinicamente significativos que afetam de maneira adversa uma condição médica ao aumentar o risco de sofrimento, morte ou incapacidade. Assim como outros transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, o transtorno factício incorpora problemas persistentes relacionados à percepção da doença e à identidade. Na grande maioria dos casos descritos de transtorno factício, tanto impostos a si mesmo quanto a outros, os indivíduos apresentam-se com sintomas somáticos e convicção de uma doença médica. Assim, o transtorno factício está incluso, no DSM-5, no grupo do transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado e transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado incluem condições para as quais alguns dos, mas nem todos os, critérios para transtorno de sintomas somáticos ou transtorno de ansiedade de doença são atendidos, bem como pseudociese.

Transtorno de Sintomas Somáticos

Critérios Diagnósticos **300.82 (F45.1)**

A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
   1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
   2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.
   3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).

Especificar se:

Com dor predominante (anteriormente transtorno doloroso): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especificar se:

Persistente: Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, prejuízo marcante e longa duração (mais de seis meses).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é satisfeito.

Moderada: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos.

Grave: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos, além da presença de múltiplas queixas somáticas (ou um sintoma somático muito grave).

Características Diagnósticas

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos geralmente apresentam sintomas somáticos múltiplos e atuais que provocam sofrimento ou resultam em perturbação significativa da vida diária (Critério A), embora às vezes apenas um sintoma grave, mais comumente dor, esteja presente. Os sintomas podem ser específicos (p. ex., dor localizada) ou relativamente inespecíficos (p. ex., fadiga). Por vezes representam sensações ou desconfortos corporais normais que geralmente não significam doença grave. Sintomas somáticos sem uma explicação médica evidente não são suficientes para fazer esse diagnóstico. O sofrimento do indivíduo é autêntico, seja ou não explicado em termos médicos.

Os sintomas podem ou não estar associados a uma outra condição médica. Os diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos e uma doença médica concomitante não são mutuamente excludentes e com frequência ocorrem em conjunto. Por exemplo, um indivíduo pode tornar-se gravemente incapacitado por sintomas do transtorno de sintomas somáticos depois de um infar-

to do miocárdio sem complicações mesmo se o infarto em si não resultar em nenhuma incapacidade. Se outra condição médica ou o alto risco de desenvolver uma estiver presente (p. ex., forte história familiar), os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados a essa condição são excessivos (Critério B).

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos tendem a manifestar níveis muito elevados de preocupação a respeito de doenças (Critério B). Eles avaliam seus sintomas corporais como indevidamente ameaçadores, nocivos ou problemáticos e com frequência pensam o pior a respeito da própria saúde. Mesmo quando há evidência do contrário, alguns pacientes ainda temem a gravidade médica de seus sintomas. No transtorno de sintomas somáticos grave, as preocupações acerca da saúde podem assumir um papel central na vida do indivíduo, tornando-se um traço da sua identidade e dominando as relações interpessoais.

Os indivíduos geralmente sentem angústia, a qual é sobretudo focada em sintomas somáticos e em seu significado. Quando questionados diretamente a respeito de seu sofrimento, alguns o descrevem como associado a outros aspectos de suas vidas, enquanto outros negam qualquer fonte de sofrimento que não os sintomas somáticos. A qualidade de vida relacionada à saúde é com frequência prejudicada, tanto física quanto mentalmente. No transtorno de sintomas somáticos grave, o prejuízo é marcante e, quando persistente, pode levar à invalidez.

Há, com frequência, alto nível de utilização de serviços médicos, o que raramente alivia as preocupações do indivíduo. Consequentemente, o paciente pode acabar buscando múltiplos médicos para os mesmos sintomas. Esses indivíduos muitas vezes parecem não responder a intervenções médicas, e novas intervenções podem apenas exacerbar os sintomas presentes. Algumas pessoas com o transtorno parecem incomumente sensíveis aos efeitos colaterais de medicamentos; outras sentem que a avaliação e o tratamento médico foram inadequados.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Aspectos cognitivos incluem atenção focada em sintomas somáticos, atribuição de sensações corporais normais a doenças físicas (possivelmente com interpretações catastróficas), preocupação a respeito de doenças e medo de que qualquer atividade física possa prejudicar o corpo. Os aspectos comportamentais associados relevantes podem incluir verificações repetidas do corpo à procura de anormalidades, busca reiterada de ajuda e de garantias médicas e evitação de atividades físicas. Esses aspectos comportamentais são mais proeminentes no transtorno de sintomas somáticos grave persistente e geralmente estão associados a pedidos frequentes de ajuda médica para tratar diferentes sintomas somáticos, o que pode levar a consultas médicas nas quais os indivíduos estão tão concentrados em suas preocupações acerca do(s) sintoma(s) somático(s) que não é possível redirecioná-los para outros assuntos. Qualquer garantia recebida do médico no sentido de que os sintomas não são indicativos de doença física grave tende a ser fugaz e/ou é sentida pelos indivíduos como se o médico não estivesse levando a sério seus sintomas. Como o foco em sintomas somáticos é um aspecto essencial do transtorno, indivíduos com transtorno de sintomas somáticos apresentam-se normalmente a serviços de saúde geral em vez de a serviços de saúde mental. A sugestão de encaminhamento a um especialista em saúde mental pode ser recebida com surpresa ou até mesmo recusa franca por indivíduos com o transtorno.

Visto que o transtorno de sintomas somáticos está associado a transtornos depressivos, existe um risco maior de suicídio. Não se sabe se o transtorno de sintomas somáticos está associado ao risco de suicídio independentemente da sua associação com transtornos depressivos.

Prevalência

A prevalência do transtorno de sintomas somáticos é desconhecida. Entretanto, estima-se que sua prevalência seja maior do que a do transtorno de somatização mais restritivo do DSM-IV (< 1%), porém inferior à do transtorno somatoforme indiferenciado (aproximadamente 19%). A prevalência do transtorno de sintomas somáticos na população adulta em geral pode ser em torno de 5 a 7%.

Pessoas do sexo feminino tendem a relatar mais sintomas somáticos do que as do sexo masculino e, por conseguinte, é provável que a prevalência do transtorno de sintomas somáticos seja maior nelas.

Desenvolvimento e Curso

Em indivíduos mais velhos, sintomas somáticos e doenças médicas concomitantes são comuns, e um foco no Critério B é crucial para se fazer o diagnóstico. O transtorno de sintomas somáticos pode ser subdiagnosticado em adultos mais velhos tanto porque certos sintomas somáticos (p. ex., dor, fadiga) são considerados parte do envelhecimento normal quanto porque a preocupação com a saúde é considerada "compreensível" em adultos mais velhos, que sofrem mais de doenças médicas gerais e usam mais medicações do que pessoas mais jovens. O transtorno depressivo concomitante é comum em pessoas mais velhas que se apresentam com diversos sintomas somáticos.

Em crianças, os sintomas mais comuns são dor abdominal recorrente, cefaleia, fadiga e náusea. A presença de um único sintoma proeminente é mais comum em crianças do que em adultos. Se, por um lado, crianças pequenas podem apresentar queixas somáticas, por outro, elas raramente se preocupam com uma "doença" em si antes da adolescência. A resposta dos pais ao sintoma é importante, já que pode determinar o nível de sofrimento associado. É o pai/a mãe quem pode determinar a interpretação dos sintomas e o tempo de ausência da escola e de busca por ajuda médica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O traço de personalidade afetividade negativa (neuroticismo) foi identificado como um fator correlacionado/de risco independente para muitos sintomas somáticos. Ansiedade ou depressão comórbida é um aspecto comum e pode exacerbar os sintomas e a incapacidade.

Ambientais. O transtorno de sintomas somáticos é mais frequente em indivíduos com poucos anos de instrução e baixo nível socioeconômico e nos que tenham sofrido recentemente eventos estressantes na vida.

Modificadores do curso. Sintomas somáticos persistentes estão associados a aspectos demográficos (sexo feminino, idade mais avançada, menos anos de instrução, baixo nível socioeconômico, desemprego), história relatada de abuso sexual ou outra adversidade na infância, doença psiquiátrica crônica ou transtorno psiquiátrico concomitante (depressão, ansiedade, transtorno depressivo persistente [distimia], pânico), estresse social e fatores sociais reforçadores como benefícios obtidos com a doença. Fatores cognitivos que afetam o curso clínico incluem sensibilidade à dor, atenção elevada a sensações corporais e atribuição de sintomas corporais a uma possível doença médica em vez de reconhecê-los como um fenômeno normal ou estresse psicológico.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Sintomas somáticos são proeminentes em várias "síndromes ligadas à cultura". Muitos sintomas somáticos são encontrados em estudos populacionais e de atendimento primário no mundo inteiro, com um padrão similar de sintomas somáticos mais comumente relatados, prejuízo e busca por tratamento. A relação entre o número de sintomas somáticos e preocupação com doença é semelhante em culturas diferentes, e a preocupação marcante com doença está associada a prejuízo e mais busca de tratamento em todas as culturas. A relação entre numerosos sintomas somáticos e depressão parece ser bastante semelhante no mundo inteiro e entre diferentes culturas em um mesmo país.

A despeito dessas similaridades, existem diferenças em sintomas somáticos entre culturas e grupos étnicos. A descrição de tais sintomas varia de acordo com fatores linguísticos e outros fatores culturais locais. As apresentações somáticas foram descritas como "idiomas de sofrimento" porque sintomas somáticos podem ter significados especiais e moldar as interações médico-paciente em contextos culturais particulares. "Esgotamento", a sensação de peso ou as queixas

de "gases"; excesso de calor corporal; ou queimação na cabeça são exemplos de sintomas comuns em algumas culturas ou grupos étnicos, porém raros em outros. Os modelos explanatórios também podem variar, e sintomas somáticos podem ser atribuídos de maneira diversa a estresses familiares, ocupacionais ou ambientais específicos; doença médica geral; supressão de sentimentos de raiva ou ressentimento; ou determinados fenômenos culturais específicos, como perda de sêmen. Pode haver também diferenças na busca por tratamento médico entre grupos culturais, além de diferenças associadas ao acesso variável a serviços de saúde. A busca por tratamento para múltiplos sintomas somáticos em clínicas médicas gerais é um fenômeno mundial e ocorre em taxas semelhantes entre grupos étnicos em um mesmo país.

Consequências Funcionais do Transtorno de Sintomas Somáticos

O transtorno está associado a comprometimento marcante do estado de saúde. Muitas pessoas com transtorno de sintomas somáticos grave tendem a ter pontuações de estado de saúde comprometido mais de dois desvios-padrão abaixo do padrão da população.

Diagnóstico Diferencial

Se os sintomas somáticos são compatíveis com um outro transtorno mental (p. ex., transtorno de pânico), e os critérios diagnósticos para tal transtorno são satisfeitos, então esse transtorno mental deverá ser considerado como um diagnóstico alternativo ou adicional. Um diagnóstico separado de transtorno de sintomas somáticos não é feito se os sintomas somáticos e os pensamentos, sentimentos ou comportamentos relacionados ocorrem apenas durante episódios depressivos maiores. Se, como ocorre comumente, os critérios tanto para transtorno de sintomas somáticos e outro diagnóstico de transtorno mental forem satisfeitos, então ambos deverão ser codificados, já que ambos necessitam de tratamento.

Outras condições médicas. A presença de sintomas somáticos de etiologia incerta não é, em si, suficiente para justificar um diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Os sintomas de muitas pessoas com transtornos como síndrome do colo irritável ou fibromialgia não satisfariam o critério necessário para diagnosticar transtorno de sintomas somáticos (Critério B). Por sua vez, a presença de sintomas somáticos de um distúrbio médico estabelecido (p. ex., diabetes ou doença cardíaca) não exclui o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos se os critérios forem satisfeitos.

Transtorno de pânico. No transtorno de pânico, os sintomas somáticos e a ansiedade a respeito da saúde tendem a ocorrer em episódios agudos, enquanto no transtorno de sintomas somáticos sintomas de ansiedade e somáticos são mais persistentes.

Transtorno de ansiedade generalizada. Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada preocupam-se com múltiplos eventos, situações ou atividades, apenas uma das quais pode envolver a própria saúde. O foco principal geralmente não está em sintomas somáticos ou no medo de doença, como no transtorno de sintomas somáticos.

Transtornos depressivos. Transtornos depressivos são comumente acompanhados por sintomas somáticos. Entretanto, são diferenciados do transtorno de sintomas somáticos pela sintomatologia depressiva central de humor deprimido (disfórico) e anedonia.

Transtorno de ansiedade de doença. Se o indivíduo tiver preocupações extensas a respeito da saúde, porém nenhum sintoma somático ou apenas sintomas somáticos mínimos, pode ser mais apropriado considerar o transtorno de ansiedade de doença.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). No transtorno conversivo, o sintoma inicial é a perda de função (p. ex., de um membro), enquanto no transtorno de sintomas somáticos o foco é no sofrimento que os sintomas específicos causam. Os aspectos listados no Critério B de transtorno de sintomas somáticos podem ser úteis para diferenciar os dois transtornos.

Transtorno delirante. No transtorno de sintomas somáticos, as crenças do indivíduo de que os sintomas somáticos podem refletir uma doença física subjacente grave não são mantidas com intensidade delirante. Contudo, suas crenças a respeito dos sintomas somáticos podem ser mantidas fortemente. Por sua vez, no transtorno delirante do tipo somático, crenças e comportamentos associados aos sintomas somáticos são mais fortes do que os encontrados no transtorno de sintomas somáticos.

Transtorno dismórfico corporal. No transtorno dismórfico corporal, o indivíduo é excessivamente envolvido e preocupado com um defeito percebido em suas características físicas. Por sua vez, no transtorno de sintomas somáticos, a preocupação a respeito dos sintomas somáticos reflete o medo de uma doença subjacente, e não de um defeito na aparência.

Transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno de sintomas somáticos, as ideias recorrentes a respeito de sintomas somáticos e doenças são menos intrusivas, e os indivíduos com esse transtorno não exibem os comportamentos repetitivos associados que buscam reduzir a ansiedade que ocorrem no transtorno obsessivo-compulsivo.

Comorbidade

O transtorno de sintomas somáticos está associado a taxas elevadas de comorbidade com doenças médicas, bem como a transtornos de ansiedade e depressivos. Quando uma doença médica concomitante está presente, o grau de prejuízo é mais marcante do que seria esperado da doença física apenas. Quando os sintomas de um indivíduo satisfazem os critérios diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos, o transtorno deve ser diagnosticado; entretanto, em vista da frequente comorbidade, especialmemte com transtornos de ansiedade e depressivos, evidências desses diagnósticos concomitantes devem ser pesquisadas.

Transtorno de Ansiedade de Doença

Critérios Diagnósticos **300.7 (F45.21)**

A. Preocupação com ter ou contrair uma doença grave.
B. Sintomas somáticos não estão presentes ou, se estiverem, são de intensidade apenas leve. Se uma outra condição médica está presente ou há risco elevado de desenvolver uma condição médica (p. ex., presença de forte história familiar), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional.
C. Há alto nível de ansiedade com relação à saúde, e o indivíduo é facilmente alarmado a respeito do estado de saúde pessoal.
D. O indivíduo tem comportamentos excessivos relacionados à saúde (p. ex., verificações repetidas do corpo procurando sinais de doença) ou exibe evitação mal-adaptativa (p. ex., evita consultas médicas e hospitais).
E. Preocupação relacionada a doença presente há pelo menos seis meses, mas a doença específica que é temida pode mudar nesse período.
F. A preocupação relacionada a doença não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno de sintomas somáticos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno delirante, tipo somático.

Determinar o subtipo:

Tipo busca de cuidado: O cuidado médico, incluindo consultas ao médico ou realização de exames e procedimentos, é utilizado com frequência.

Tipo evitação de cuidado: O cuidado médico raramente é utilizado.

Características Diagnósticas

A maioria dos indivíduos hipocondríacos é hoje classificada como portadora de transtorno de sintomas somáticos; entretanto, em uma minoria de casos, o diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença se aplica, o qual envolve uma preocupação com ter ou contrair uma doença médica grave não diagnosticada (Critério A). Sintomas somáticos não estão presentes ou, caso estejam, são de intensidade apenas leve (Critério B). Uma avaliação completa não consegue identificar uma condição médica grave que justifique as preocupações do indivíduo, as quais podem ser derivadas de um sinal ou de uma sensação física não patológica, mas seu sofrimento é oriundo não da queixa física em si, e sim de sua ansiedade a respeito do significado, da importância ou da causa da queixa (i.e., o diagnóstico médico suspeitado). Se um sinal ou sintoma físico estiver presente, trata-se, com frequência, de uma sensação fisiológica (p. ex., tontura ortostática), uma disfunção benigna e autolimitada (p. ex., zumbido transitório) ou um desconforto corporal geralmente não considerado indicativo de doença (p. ex., eructação). Se uma condição médica diagnosticável está presente, a ansiedade e a preocupação do indivíduo são nitidamente excessivas e desproporcionais à gravidade da condição (Critério B). As evidências empíricas e a literatura existente pertencem à hipocondria anteriormente definida pelo DSM, e não está claro até que ponto e quão precisamente se aplicam à descrição desse novo diagnóstico.

A preocupação com a ideia de estar doente é acompanhada por uma ansiedade substancial com relação a saúde e doença (Critério C). Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença tornam-se facilmente assustados por doenças, como ao saber que alguém ficou doente ou ao ler uma reportagem relacionada à saúde. Suas preocupações acerca de doenças não diagnosticadas não respondem a medidas de tranquilização médica apropriadas, exames diagnósticos negativos ou um curso benigno. As tentativas do clínico de tranquilizar o indivíduo e aliviar o(s) sintoma(s) geralmente não ajudam a diminuir as preocupações e podem até aumentá-las. As preocupações com a saúde assumem uma posição de destaque na vida da pessoa, afetando atividades cotidianas e até mesmo resultando em invalidez. A doença torna-se um aspecto central na identidade e na autoimagem da pessoa, um assunto frequente em conversas sociais e uma resposta característica a eventos estressantes da vida. Indivíduos com o transtorno costumam examinar-se repetidamente (p. ex., examinam a própria garganta no espelho) (Critério D). Pesquisam a doença suspeitada de forma excessiva (p. ex., na internet) e buscam repetidamente o apoio e a tranquilização de familiares, amigos ou médicos. Essa preocupação incessante muitas vezes torna-se frustrante para os outros e pode resultar em tensão considerável na família. Em alguns casos, a ansiedade leva à evitação mal-adaptativa de situações (p. ex., visitar familiares doentes) ou atividades (p. ex., exercício) que esses indivíduos temem que poderiam comprometer sua saúde.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Como acreditam estar gravemente enfermos, indivíduos com transtorno de ansiedade de doença são encontrados com muito mais frequência em contextos de saúde médica do que mental. A maioria recebe assistência médica extensa, porém insatisfatória, embora alguns possam ser ansiosos demais para buscar atenção médica. Eles geralmente têm taxas elevadas de utilização de serviços médicos, mas não utilizam serviços de saúde mental mais do que a população em geral. Essas pessoas com frequência consultam múltiplos médicos em virtude do mesmo problema e obtêm repetidamente resultados negativos de testes diagnósticos. Às vezes, a atenção médica leva a exacerbação paradoxal da ansiedade ou complicações iatrogênicas dos testes e procedimentos diagnósticos. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença geralmente são insatisfeitos com a assistência médica que recebem e consideram-na inútil, com frequência sentindo que não estão sendo levados a sério pelos médicos. Em alguns casos, essas preocupações podem ser justificadas, já que os médicos podem às vezes desdenhar ou responder com frustração ou hostilidade. Essa resposta pode, ocasionalmente, resultar no não diagnóstico de uma condição médica de fato presente.

Prevalência

Estimativas da prevalência de transtorno de ansiedade de doença baseiam-se em estimativas do diagnóstico de *hipocondria* do DSM-III e do DSM-IV. A prevalência em 1 a 2 anos de ansiedade acerca da saúde e/ou convicção de doença em levantamentos em comunidades e amostras populacionais vai de 1,3 a 10%. Em populações médicas ambulatoriais, as taxas de prevalência em 6 meses/1 ano ficam entre 3 e 8%. A prevalência do transtorno é semelhante em ambos os sexos.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e o curso do transtorno de ansiedade de doença não estão claros. Em geral, considera-se que o transtorno seja uma condição crônica e recidivante com uma idade de manifestação inicial no início e no meio da idade adulta. Em amostras populacionais, a ansiedade acerca da saúde aumenta com a idade, mas a faixa etária de indivíduos com alta ansiedade acerca da saúde em contextos médicos não parece ser diferente de outros pacientes nesses contextos. Em pessoas mais velhas, a ansiedade acerca da saúde com frequência concentra-se na perda de memória; o transtorno é considerado raro em crianças.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O transtorno de ansiedade de doença pode, às vezes, ser precipitado por um estresse de vida importante ou uma ameaça grave, porém benigna, à saúde do indivíduo. História de abuso infantil ou uma doença grave na infância pode predispor ao desenvolvimento do transtorno na idade adulta.

Modificadores do curso. Entre aproximadamente um terço até a metade dos indivíduos com transtorno de ansiedade de doença tem a forma transitória, a qual é associada a menos comorbidade psiquiátrica, a mais comorbidade médica e ao transtorno de ansiedade de doença menos grave.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O diagnóstico deverá ser feito com cautela em indivíduos cujas ideias a respeito de doença sejam congruentes com crenças culturalmente aceitas e amplamente adotadas. Pouco se sabe a respeito da fenomenologia do transtorno entre culturas, embora a prevalência pareça ser semelhante em países diferentes com culturas diversas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade de Doença

O transtorno de ansiedade de doença causa comprometimento funcional substancial e perdas importantes no funcionamento físico e na qualidade de vida relacionada à saúde. As preocupações com a saúde com frequência interferem nas relações interpessoais, perturbam a vida familiar e comprometem o desempenho profissional.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. A primeira consideração no diagnóstico diferencial é uma condição médica subjacente, incluindo condições neurológicas ou endócrinas, tumores malignos ocultos e outras doenças que afetam múltiplos sistemas corporais. A presença de uma condição médica não descarta a possibilidade de transtorno de ansiedade de doença coexistente. Se uma condição médica está presente, a ansiedade relacionada à saúde e as preocupações a respeito da doença são nitidamente desproporcionais à gravidade da condição. Preocupações transitórias relacionadas a uma condição médica não constituem transtorno de ansiedade de doença.

Transtornos de adaptação. A ansiedade relacionada à saúde é uma resposta normal a uma doença grave, e não um transtorno mental. Essa ansiedade não patológica está claramente relacionada à condição médica, e sua duração é geralmente limitada. Se a ansiedade relacionada à saúde for grave o suficiente, um transtorno de adaptação pode ser diagnosticado. Entretanto, apenas quando a ansiedade relacionada à saúde for de duração, gravidade e sofrimento suficientes, é possível diagnosticar o transtorno de ansiedade de doença. Dessa forma, o diagnóstico requer a persistência contínua de ansiedade desproporcional relacionada à saúde por pelo menos seis meses.

Transtorno de sintomas somáticos. O transtorno de sintomas somáticos é diagnosticado na presença de sintomas somáticos significativos. Por sua vez, indivíduos com transtorno de ansiedade de doença têm sintomas somáticos mínimos e estão primariamente preocupados com a ideia de estarem doentes.

Transtornos de ansiedade. No transtorno de ansiedade generalizada, os indivíduos se preocupam com múltiplos eventos, situações ou atividades, sendo que apenas um deles pode envolver a saúde. No transtorno de pânico, o indivíduo pode estar preocupado com o fato de os ataques de pânico refletirem a presença de uma doença médica; entretanto, embora essas pessoas possam ter ansiedade acerca da saúde, ela é geralmente muito aguda e episódica. No transtorno de ansiedade de doença, a ansiedade e os temores relacionados à saúde são mais persistentes e duradouros. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença podem sofrer ataques de pânico desencadeados por suas preocupações acerca de doenças.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença podem ter pensamentos intrusivos de ter uma doença e também apresentar comportamentos compulsivos associados (p. ex., buscando apoio e tranquilização). Entretanto, no transtorno de ansiedade de doença, as preocupações geralmente se concentram em ter uma doença, enquanto no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) os pensamentos são intrusivos e geralmente concentrados no temor de ter uma doença no futuro. A maioria das pessoas com TOC tem obsessões ou compulsões envolvendo outras preocupações além dos temores de contrair uma doença. No transtorno dismórfico corporal, as preocupações se limitam à aparência física da pessoa, que é vista como defeituosa ou imperfeita.

Transtorno depressivo maior. Alguns indivíduos com um episódio depressivo maior ruminam acerca da saúde e preocupam-se excessivamente com doenças. Um diagnóstico distinto de transtorno de ansiedade de doença não é feito se essas preocupações ocorrerem somente durante episódios depressivos maiores. Entretanto, se a preocupação excessiva com doença persistir depois da remissão de um episódio de transtorno depressivo maior, o diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença deverá ser considerado.

Transtornos psicóticos. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença não são delirantes e conseguem reconhecer a possibilidade de que a doença temida não esteja presente. Suas ideias não alcançam a rigidez e a intensidade vistas nos delírios somáticos que ocorrem nos transtornos psicóticos (p. ex., esquizofrenia; transtorno delirante do tipo somático; transtorno depressivo maior, com características psicóticas). Delírios somáticos verdadeiros geralmente são mais bizarros (p. ex., de que um órgão está em putrefação ou morto) do que as preocupações vistas no transtorno de ansiedade de doença. As preocupações encontradas no transtorno de ansiedade de doença, embora não baseadas na realidade, são plausíveis.

Comorbidade

Na medida em que o transtorno de ansiedade de doença é um transtorno novo, não são conhecidas comorbidades exatas. A hipocondria coexiste com transtornos de ansiedade (particularmente transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e TOC) e transtornos depressivos. Aproximadamente dois terços dos indivíduos com transtorno de ansiedade de doença tendem

a sofrer de pelo menos outro transtorno mental maior comórbido. Pessoas com transtorno de ansiedade de doença podem ter risco elevado de sofrer transtorno de sintomas somáticos e transtornos da personalidade.

Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais)

Critérios Diagnósticos

A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.
B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.
C. O sintoma ou déficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.
D. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para transtorno conversivo é **300.11**, o qual é atribuído independentemente do tipo de sintoma. O código da CID-10-MC depende do tipo de sintoma (ver a seguir).

Especificar o tipo de sintoma:

(F44.4) Com fraqueza ou paralisia
(F44.4) Com movimento anormal (p. ex., tremor, movimento distônico, mioclonia, distúrbio da marcha)
(F44.4) Com sintomas de deglutição
(F.44.4) Com sintoma de fala (p. ex., disfonia, fala arrastada)
(F.44.5) Com ataques ou convulsões
(F.44.6) Com anestesia ou perda sensorial
(F.44.6) Com sintoma sensorial especial (p. ex., perturbação visual, olfatória ou auditiva)
(F44.7) Com sintomas mistos

Especificar se:

Episódio agudo: Sintomas presentes há menos de seis meses.
Persistente: Sintomas ocorrendo há seis meses ou mais.

Especificar se:

Com estressor psicológico *(especificar estressor)*
Sem estressor psicológico

Características Diagnósticas

Muitos clínicos usam termos alternativos como "funcional" (referindo-se ao funcionamento anormal do sistema nervoso central) ou "psicogênico" (referindo-se a uma etiologia presumida) para descrever os sintomas do transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). Nele, pode haver um ou mais sintomas de diversos tipos. Sintomas motores incluem fraqueza ou paralisia; movimentos anormais, como tremor ou movimentos distônicos; anormalidades da marcha; e postura anormal de membro. Sintomas sensoriais incluem sensação cutânea, visão ou audição alteradas, reduzidas ou ausentes. Episódios de tremores generalizados de membros com aparente prejuízo ou perda de consciência podem assemelhar-se a convulsões epiléticas (também denominadas *convulsões psicogênicas* ou *não epiléticas*). Pode haver episódios de ausência de resposta semelhantes a síncope ou coma. Outros sintomas incluem volume da fala reduzido ou ausente (disfonia/afonia), articulação alterada (disartria), uma sensação de "bola" ou caroço na garganta (globus) e diplopia.

Embora o diagnóstico exija que o sintoma não seja explicado por doença neurológica, ele não deverá ser feito simplesmente porque os resultados das investigações foram normais ou porque o sintoma é "bizarro". É preciso haver achados clínicos que demonstrem claramente incompatibilidade com doença neurológica. A inconsistência interna no exame é uma maneira de demonstrar incompatibilidade (i.e., demonstrando que os sinais físicos provocados por meio de um método de exame deixam de ser positivos quando testados de uma maneira diferente). Exemplos de tais achados de exame incluem:

- Sinal de Hoover, no qual a fraqueza da extensão do quadril retorna à força normal com flexão do quadril contralateral contra resistência.
- Fraqueza acentuada da flexão plantar do tornozelo quando testada no leito em um indivíduo capaz de caminhar na ponta dos pés.
- Achados positivos no teste diagnóstico do tremor. Nesse teste, um tremor unilateral pode ser identificado como funcional se mudar quando o indivíduo estiver distraído dele. Isso pode ser observado pedindo-se para o paciente imitar o examinador fazendo um movimento rítmico com a mão não afetada: ocorre mudança no tremor de tal forma que ele imita ou "embarca" no ritmo da mão não afetada, ou o tremor funcional é suprimido, ou não mais assume um movimento rítmico simples.
- Em ataques que se assemelham a epilepsia ou síncope (ataques não epiléticos "psicogênicos"), a presença de olhos fechados com resistência à abertura ou um eletrencefalograma simultâneo normal (embora isso por si só não exclua todas as formas de epilepsia ou síncope).
- Para sintomas visuais, um campo visual tubular (i.e., visão em túnel).

É importante observar que o diagnóstico de transtorno conversivo deverá se basear no quadro clínico geral, e não em um único achado clínico.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Uma série de aspectos associados pode respaldar o diagnóstico de transtorno conversivo. Pode haver história de múltiplos sintomas somáticos semelhantes. A manifestação inicial pode estar associada a estresse ou trauma, tanto de natureza psicológica como física. A relevância etiológica potencial desse estresse ou trauma pode ser sugerida por uma relação temporal próxima. Entretanto, ainda que a avaliação quanto à presença de estresse ou trauma seja importante, o diagnóstico poderá ser feito mesmo se nenhum destes for encontrado.

O transtorno conversivo está, muitas vezes, associado a sintomas dissociativos, tais como despersonalização, desrealização e amnésia dissociativa, particularmente no início do quadro sintomático ou durante os ataques.

O diagnóstico de transtorno conversivo não requer o julgamento de que os sintomas não sejam intencionalmente produzidos (i.e., não simulados), já que a ausência definitiva de simulação pode não ser discernível de forma confiável. O fenômeno *la belle indifférence* (i.e., ausência de preocupação acerca da natureza ou das implicações do sintoma) tem sido associado ao transtorno conversivo, porém não é específico dele nem deverá ser utilizado para fazer o diagnóstico. Da mesma maneira, o conceito de *ganho secundário* (i.e., quando os indivíduos obtêm benefícios externos como dinheiro ou isenção de responsabilidades) também não é específico do transtorno conversivo, e, particularmente na presença de evidência concreta de simulação, os diagnósticos que deverão ser considerados incluem transtorno factício ou simulação (ver a seção "Diagnóstico Diferencial" para esse transtorno).

Prevalência

Sintomas conversivos transitórios são comuns, mas a prevalência exata do transtorno é desconhecida. Isso ocorre em parte porque o diagnóstico geralmente requer avaliação em serviços de saúde de nível secundário, onde o transtorno é encontrado em cerca de 5% dos encaminhamen-

tos a ambulatórios de neurologia. A incidência de sintomas conversivos persistentes individuais é estimada em 2 a 5/100.000 por ano.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno pode se manifestar em qualquer momento da vida. O surgimento de ataques não epiléticos atinge seu pico na terceira década de vida, e sintomas motores têm seu pico de início na quarta década. Os sintomas podem ser transitórios ou persistentes. O prognóstico pode ser melhor em crianças pequenas do que em adolescentes e adultos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Traços de personalidade mal-adaptativa estão comumente associados ao transtorno conversivo.

Ambientais. Pode haver história de abuso e negligência na infância. Eventos estressantes de vida estão com frequência, mas nem sempre, presentes.

Genéticos e fisiológicos. A presença de doença neurológica que cause sintomas similares é um fator de risco (p. ex., convulsões não epiléticas são mais comuns em pacientes que também têm epilepsia).

Modificadores do curso. A duração breve dos sintomas e a aceitação do diagnóstico são fatores prognósticos positivos. Traços de personalidade mal-adaptativa, a presença de doença física comórbida e a obtenção de benefícios com a incapacidade podem ser fatores prognósticos negativos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Mudanças que se assemelham a sintomas conversivos (e dissociativos) são comuns em determinados rituais culturalmente aprovados. Se os sintomas puderem ser plenamente explicados dentro do contexto cultural particular e não resultarem em sofrimento ou incapacidade clinicamente significativos, então o diagnóstico de transtorno conversivo não é feito.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno conversivo é 2 a 3 vezes mais comum em pessoas do sexo feminino.

Consequências Funcionais do Transtorno Conversivo

Indivíduos com sintomas conversivos podem apresentar grande incapacidade. A gravidade da incapacidade pode ser semelhante à vivenciada por pessoas com doenças médicas comparáveis.

Diagnóstico Diferencial

Se outro transtorno mental explicar melhor os sintomas, tal diagnóstico deverá ser feito. Entretanto, o diagnóstico de transtorno conversivo pode ser feito na presença de um outro transtorno mental.

Doença neurológica. O principal diagnóstico diferencial é uma doença neurológica que possa explicar melhor os sintomas. Após uma avaliação neurológica completa, raramente será encontrada uma causa neurológica patológica inesperada durante o acompanhamento. Entretanto, pode ser preciso reavaliar o paciente caso os sintomas pareçam estar progredindo. O transtorno conversivo pode coexistir com doença neurológica.

Transtorno de sintomas somáticos. O transtorno conversivo pode ser diagnosticado em conjunto com o transtorno de sintomas somáticos. Não se pode claramente demonstrar que a maio-

ria dos sintomas somáticos encontrados nesse transtorno é incompatível com a fisiopatologia (p. ex., dor, fadiga), enquanto no transtorno conversivo tal incompatibilidade é necessária para o diagnóstico. Os pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos característicos do transtorno de sintomas somáticos costumam estar ausentes no transtorno conversivo.

Transtorno factício e simulação. O diagnóstico de transtorno conversivo não requer o julgamento de que os sintomas *não* sejam produzidos intencionalmente (i.e., não simulados), pois a avaliação da intenção consciente não é confiável. Entretanto, evidências definitivas de fingimento (p. ex., evidência clara de que a perda funcional está presente durante o exame, mas não em casa) sugeririam um diagnóstico de transtorno factício, se o objetivo aparente do indivíduo for assumir um papel de doente, ou de simulação, caso o objetivo for obter um benefício como dinheiro.

Transtornos dissociativos. Sintomas dissociativos são comuns em indivíduos com transtorno conversivo. Se tanto o transtorno conversivo quanto um transtorno dissociativo estiverem presentes, ambos os diagnósticos deverão ser feitos.

Transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal são excessivamente preocupados com defeitos que percebem em suas características físicas, mas não se queixam de sintomas de alteração de funcionamento sensorial ou motor na parte do corpo afetada.

Transtornos depressivos. Nos transtornos depressivos, as pessoas podem relatar uma sensação de peso generalizada nos membros, enquanto a fraqueza do transtorno conversivo é mais focal e proeminente. Os transtornos depressivos são diferenciados também pela presença de sintomas depressivos centrais.

Transtorno de pânico. Sintomas neurológicos episódicos (p. ex., tremores e parestesias) podem ocorrer tanto no transtorno conversivo quanto em ataques de pânico. Nos ataques de pânico, os sintomas neurológicos costumam ser transitórios e agudamente episódicos com sintomas cardiorrespiratórios característicos. A perda de consciência com amnésia relativa ao ataque e movimentos violentos dos membros ocorrem em ataques não epiléticos, mas não em ataques de pânico.

Comorbidade

Transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de pânico, e transtornos depressivos costumam coexistir com transtorno conversivo. O transtorno de sintomas somáticos pode coexistir também. Psicose, transtorno por uso de substância e abuso de álcool são incomuns. Transtornos da personalidade são mais comuns em indivíduos com transtorno conversivo do que na população em geral. Condições neurológicas e outras condições médicas geralmente coexistem com o transtorno conversivo.

Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas

Critérios Diagnósticos **316 (F54)**

A. Um sintoma ou condição médica (outro[a] que não um transtorno mental) está presente.
B. Fatores psicológicos ou comportamentais afetam de maneira adversa a condição médica em uma das seguintes maneiras:
   1. Os fatores influenciaram o curso da condição médica conforme demonstrado por uma associação temporal próxima entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento, a exacerbação ou a demora na recuperação da condição médica.
   2. Os fatores interferem no tratamento da condição médica (p. ex., má adesão).
   3. Os fatores constituem riscos de saúde adicionais claros ao indivíduo.

4. Os fatores influenciam a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando sintomas e demandando atenção médica.

C. Os fatores psicológicos e comportamentais do Critério B não são mais bem explicados por um transtorno mental (p. ex., transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Aumenta o risco médico (p. ex., adesão inconsistente ao tratamento anti-hipertensivo).
Moderada: Agrava a condição médica subjacente (p. ex., ansiedade agravando a asma).
Grave: Resulta em hospitalização ou consulta em emergência.
Extrema: Resulta em risco grave potencialmente fatal (p. ex., ignora sintomas de infarto agudo do miocárdio).

Características Diagnósticas

O aspecto essencial dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam adversamente uma condição médica ao aumentar o risco de sofrimento, morte ou incapacidade (Critério B). Esses fatores podem afetar de maneira adversa uma condição médica ao influenciar seu curso ou tratamento, ao constituir um fator adicional de risco claro à saúde ou ao influenciar a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando sintomas ou exigindo atenção médica.

Fatores psicológicos ou comportamentais incluem sofrimento psicológico, padrões de interação interpessoal, estilos de enfrentamento e comportamentos de saúde mal-adaptativos, como negação de sintomas ou má adesão às recomendações médicas. Exemplos clínicos comuns são a asma exacerbada por ansiedade, a recusa de tratamento necessário para dor torácica aguda e a manipulação de insulina por um indivíduo diabético visando perder peso. Muitos fatores psicológicos diferentes já tiveram demonstrada sua influência adversa em condições médicas – por exemplo, sintomas de depressão ou ansiedade, eventos estressantes da vida, estilos de relacionamento, traços de personalidade e estilos de enfrentamento. Os efeitos adversos podem ir desde agudos, com consequências médicas imediatas (p. ex., miocardiopatia de Takotsubo), até crônicos, ocorrendo durante um período prolongado (p. ex., estresse ocupacional crônico aumentando o risco de hipertensão). As condições médicas afetadas podem ser as que apresentam fisiopatologia definida (p. ex., diabetes, câncer, doença coronariana), síndromes funcionais (p. ex., enxaqueca, síndrome do colo irritável, fibromialgia) ou sintomas clínicos idiopáticos (p. ex., dor, fadiga, tontura).

Esse diagnóstico deverá ser reservado para situações nas quais o efeito do fator psicológico na condição médica seja evidente e o fator psicológico tenha efeitos clinicamente significativos no curso ou no desfecho da condição médica. Sintomas psicológicos ou comportamentais anormais que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais corretamente codificados como um transtorno de adaptação (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um estressor identificável). É preciso haver evidências consistentes sugerindo uma associação entre os fatores psicológicos e a condição médica, embora muitas vezes não seja possível demonstrar a causalidade direta ou o mecanismo subjacente à relação.

Prevalência

A prevalência de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas não é clara. De acordo com dados de faturamento de seguro privado dos Estados Unidos, trata-se de um diagnóstico mais comum do que de transtornos de sintomas somáticos.

Desenvolvimento e Curso

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas podem ocorrer durante toda a vida. Particularmente em crianças pequenas, uma história corroborativa dos pais ou da escola pode

ajudar na avaliação diagnóstica. Algumas condições são características de determinados estágios da vida (p. ex., em pessoas mais velhas, o estresse associado ao papel de cuidador de um cônjuge ou parceiro enfermo).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Muitas diferenças entre culturas podem influenciar fatores psicológicos e seus efeitos em condições médicas, como linguagem e estilo de comunicação, modelos explicativos de enfermidades, padrões de busca de assistência médica, disponibilidade e organização de serviços, relações médico-paciente e outras práticas terapêuticas, papéis familiares e de gênero e atitudes em relação à dor e à morte. É preciso diferenciar fatores psicológicos que afetam outras condições médicas de comportamentos específicos da cultura, tais como o uso da cura pela fé ou de curandeiros espirituais ou outras variações no manejo de doenças aceitáveis em uma cultura e que representam uma tentativa de ajudar a condição médica em vez de interferir nela. Essas práticas locais podem mais complementar do que dificultar intervenções baseadas em evidências. Se não interferirem adversamente nos resultados, elas não deverão ser consideradas fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

Consequências Funcionais de Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas

Fatores psicológicos e comportamentais demonstraram afetar o curso de muitas doenças médicas.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno mental devido a outra condição médica. Uma associação temporal entre sintomas de um transtorno mental e os de uma condição médica também é característica de um transtorno devido a outra condição médica, mas a causalidade presumida encontra-se na direção oposta. Em um transtorno mental devido a outra condição médica, está última é considerada causadora do transtorno mental por meio de mecanismos fisiológicos diretos. Nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, considera-se que os fatores psicológicos ou comportamentais afetam o curso da condição médica.

Transtornos de adaptação. Sintomas psicológicos ou comportamentais anormais que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais corretamente codificados como um transtorno de adaptação (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um estressor identificável). Por exemplo, um indivíduo cuja angina é desencadeada sempre que fica furioso seria diagnosticado como portador de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, enquanto uma pessoa com angina que desenvolveu ansiedade antecipatória mal-adaptativa seria diagnosticada como portadora de transtorno de adaptação com ansiedade. Entretanto, na prática clínica, fatores psicológicos e uma condição médica são, muitas vezes, mutuamente exacerbantes (p. ex., ansiedade tanto como desencadeante quanto como consequência da angina), e, nesses casos, a distinção é arbitrária. Outros transtornos mentais resultam com frequência em complicações médicas, mais notadamente o transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de tabaco). Se um indivíduo tiver um transtorno mental maior coexistente que afete de maneira adversa ou cause uma condição médica, então os diagnósticos do transtorno mental e da condição médica em geral são suficientes. Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é um diagnóstico estabelecido quando os traços ou comportamentos psicológicos não satisfazem os critérios de um diagnóstico mental.

Transtorno de sintomas somáticos. O transtorno de sintomas somáticos é caracterizado por uma combinação de sintomas somáticos perturbadores e pensamentos, sentimentos e comporta-

mentos excessivos ou mal-adaptativos em resposta a esses sintomas ou a preocupações associadas à saúde. O indivíduo pode ou não ter uma condição médica diagnosticável. Por sua vez, em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, os fatores psicológicos afetam adversamente uma condição médica; os pensamentos, sentimentos e comportamentos do indivíduo não são necessariamente excessivos. A diferença é mais de ênfase do que uma distinção bem definida. Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a ênfase é na exacerbação da condição médica (p. ex., um indivíduo cuja angina é desencadeada sempre que fica ansioso). No transtorno de sintomas somáticos, a ênfase está nos pensamentos, sentimentos e comportamentos mal-adaptativos (p. ex., um indivíduo com angina que se preocupa constantemente com a ideia de ter um infarto do miocárdio, mede a pressão arterial várias vezes ao dia e restringe suas atividades).

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade de doença é caracterizado por elevada ansiedade de doença que causa sofrimento e/ou perturba a vida cotidiana com mínimos sintomas somáticos. O foco de interesse clínico é a preocupação do indivíduo a respeito de ter uma doença; na maioria dos casos, nenhuma doença grave está presente. Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a ansiedade pode ser um fator psicológico relevante afetando uma condição médica, mas o interesse clínico são os efeitos adversos sobre a condição médica.

Comorbidade

Por definição, o diagnóstico de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas carrega um traço ou uma síndrome psicológica e comportamental relevante e uma condição médica comórbida.

Transtorno Factício

Critérios Diagnósticos **300.19 (F68.10)**

Transtorno Factício Autoimposto

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada a fraude identificada.
B. O indivíduo se apresenta a outros como doente, incapacitado ou lesionado.
C. O comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
D. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica.

Especificar:

Episódio único

Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

Transtorno Factício Imposto a Outro (Antes Transtorno Factício por Procuração)

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença em outro, associada a fraude identificada.
B. O indivíduo apresenta outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.
C. O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
D. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Nota: O agente, não a vítima, recebe esse diagnóstico.

Especificar:

Episódio único

Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

Procedimentos para Registro

Quando um indivíduo falsifica uma doença em outro (p. ex., crianças, adultos, animais de estimação), o diagnóstico é de transtorno factício imposto a outro. O agente, não a vítima, recebe o diagnóstico. A vítima pode receber um diagnóstico de abuso (p. ex., 995.54 [T74.12X]; ver o capítulo "Outras Condições que Podem Ser Foco da Atenção Clínica").

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno factício é a falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em si mesmo ou em outro associado a fraude identificada. Indivíduos com transtorno factício também podem buscar tratamento para si mesmos ou para outro depois da indução de lesão ou doença. O diagnóstico requer a demonstração de que o indivíduo está agindo de maneira sub-reptícia para falsear, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de recompensas externas óbvias. Os métodos de falsificação de doença podem incluir exagero, fabricação, simulação e indução. Se uma condição médica preexistente estiver presente, o comportamento fraudulento ou a indução de lesão fraudulenta associada à fraude faz outras pessoas verem esses indivíduos (ou outros) como mais doentes ou comprometidos, o que pode levar a intervenções médicas excessivas. Indivíduos com transtorno factício poderiam, por exemplo, relatar sentimentos de depressão e ideias suicidas como consequência da morte de um cônjuge a despeito de essa morte não ser verdadeira ou de o indivíduo não ter um cônjuge; relatar falsamente episódios de sintomas neurológicos (p. ex., convulsões, tonturas ou desmaios); manipular um exame laboratorial (p. ex., acrescentando sangue à urina) para indicar falsamente uma anormalidade; falsificar prontuários médicos para indicar uma doença; ingerir uma substância (p. ex., insulina ou varfarina) para induzir um resultado laboratorial anormal ou uma doença; ou se automutilar ou induzir doença em si mesmos ou em outra pessoa (p. ex., injetando material fecal para produzir um abscesso ou induzir sepse).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno factício autoimposto ou transtorno factício imposto a outro correm o risco de sofrer grande sofrimento psicológico ou prejuízo funcional ao causar danos a si mesmos e a outros. Familiares, amigos e profissionais da saúde também são muitas vezes afetados adversamente por esse comportamento. Transtornos factícios têm semelhanças com transtornos por uso de substância, transtornos alimentares, transtornos do controle de impulsos, transtorno pedofílico e alguns outros transtornos relacionados tanto à persistência do comportamento quanto aos esforços intencionais de ocultar o comportamento perturbado por meio de fraude. Enquanto alguns aspectos dos transtornos factícios representariam comportamento criminoso (p. ex., transtorno factício imposto a outro, no qual as ações do pai ou da mãe representam abuso e maus-tratos a um filho), esse comportamento criminoso e a doença mental não são mutuamente excludentes. O diagnóstico de transtorno factício enfatiza mais a identificação objetiva da falsificação de sinais e sintomas de doença do que uma inferência acerca da intenção ou da possível motivação subjacente. Ademais, esses comportamentos, incluindo a indução de lesão ou doença, estão associados a fraude.

Prevalência

A prevalência do transtorno factício é desconhecida, provavelmente em virtude do papel da fraude nessa população. Entre pacientes em ambientes hospitalares, estima-se que cerca de 1% dos indivíduos tenham apresentações que satisfazem os critérios de transtorno factício.

Desenvolvimento e Curso

O curso do transtorno factício geralmente envolve episódios intermitentes. Episódios únicos e episódios caracterizados como persistentes e perseverantes são menos comuns. A manifestação inicial costuma ocorrer no início da idade adulta, com frequência depois de uma hospitalização em decorrência de uma condição médica ou de um transtorno mental. Quando imposto a outro, o transtorno pode começar depois de uma hospitalização do filho ou de outro dependente da pessoa. Em indivíduos com episódios recorrentes de falsificação de sinais e sintomas de doença e/ou indução de lesão, esse padrão de contato fraudulento sucessivo com profissionais da saúde, incluindo hospitalizações, pode tornar-se vitalício.

Diagnóstico Diferencial

Cuidadores que mentem a respeito de lesões que tenham provocado em dependentes por abuso unicamente para se protegerem da responsabilidade não são diagnosticados com transtorno factício imposto a outro porque a proteção da responsabilidade é uma recompensa externa (Critério C, o comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias). Cuidadores que, após observação, análise de prontuários médicos e/ou entrevistas com outras pessoas, se descubra que mentem mais extensivamente do que o necessário como autoproteção imediata são diagnosticados com transtorno factício imposto a outro.

Transtorno de sintomas somáticos. No transtorno de sintomas somáticos, pode haver busca excessiva por atenção e tratamento em função de preocupações médicas percebidas, mas não há evidência de que o indivíduo esteja dando informações falsas ou se comportando de maneira fraudulenta.

Simulação. Simulação é diferenciada de transtorno factício pelo relato intencional de sintomas para ganho pessoal (p. ex., dinheiro, licença do trabalho). Por sua vez, o diagnóstico de transtorno factício requer a ausência de recompensas óbvias.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). O transtorno conversivo é caracterizado por sintomas neurológicos incompatíveis com a fisiopatologia neurológica. O transtorno factício com sintomas neurológicos é distinguido do transtorno conversivo por evidência de falsificação fraudulenta dos sintomas.

Transtorno da personalidade *borderline*. A automutilação deliberada na ausência de intenção suicida também pode ocorrer em outros transtornos mentais, como no transtorno da personalidade *borderline*. O transtorno factício requer que a indução da lesão ocorra em associação a fraude.

Condição médica ou transtorno mental não associados a falsificação intencional de sintomas. A apresentação de sinais e sintomas de doença sem conformidade com uma condição médica ou um transtorno mental identificável aumenta a probabilidade da presença de um transtorno factício. Entretanto, o diagnóstico de transtorno factício não exclui a presença de uma condição médica verdadeira ou um transtorno mental, já que doenças comórbidas com frequência ocorrem no indivíduo em conjunto com transtorno factício. Por exemplo, pessoas que podem manipular níveis sanguíneos de glicose para produzir sintomas podem também ter diabetes.

Outro Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Especificado

300.89 (F45.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou pre-

juízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados.

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado" incluem os seguintes:

1. **Transtorno de sintomas somáticos breve:** Duração dos sintomas inferior a seis meses.
2. **Transtorno de ansiedade de doença breve:** Duração dos sintomas inferior a seis meses.
3. **Transtorno de ansiedade de doença sem comportamentos excessivos relacionados à saúde:** O Critério D para transtorno de ansiedade de doença não é atendido.
4. **Pseudociese:** Falsa crença de estar grávida associada a sinais objetivos e sintomas relatados de gravidez.

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Não Especificado

300.82 (F45.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. A categoria transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado não deverá ser usada a menos que haja situações definitivamente incomuns sem informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico.

Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

Os critérios diagnósticos para transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar resultam em um esquema de classificação que é mutuamente excludente, de maneira que, durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído. A justificativa para tal conduta é que, apesar de uma série de aspectos psicológicos e comportamentais comuns, os transtornos diferem substancialmente em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento. Um diagnóstico de pica, no entanto, pode ser atribuído na presença de qualquer outro transtorno alimentar.

Alguns indivíduos com os transtornos descritos neste capítulo relatam sintomas alimentares semelhantes aos geralmente relatados por indivíduos com transtornos por uso de substâncias, como fissura e padrões de uso compulsivo. Essa semelhança pode refletir o envolvimento dos mesmos sistemas neurais, incluindo os implicados no autocontrole regulatório e de recompensa, em ambos os grupos de transtornos. Entretanto, as contribuições relativas de fatores compartilhados e distintos no desenvolvimento e na perpetuação de transtornos alimentares e por uso de substância permanecem insuficientemente compreendidos.

Por fim, a obesidade não está inclusa no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos).

Pica

Critérios Diagnósticos

A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês.
B. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo.
C. O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita.
D. Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia) ou condição médica (incluindo gestação), é suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para pica é **307.52** e é usado para crianças e adultos. Os códigos da CID-10-MC para pica são **(F98.3)** em crianças e **(F50.8)** em adultos.

Especificar se:

Em remissão: Depois de terem sido preenchidos os critérios para pica, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.

Características Diagnósticas

A característica essencial da pica é a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, de forma persistente durante um período mínimo de um mês (Critério A), grave o suficiente para merecer atenção clínica. As substâncias típicas ingeridas tendem a variar com a idade e a disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão vegetal ou mineral, cinzas, detergente ou gelo. O termo *não alimentar* está incluso porque o diagnóstico de pica não se aplica à ingestão de produtos alimentares com conteúdo nutricional mínimo. Geralmente não há aversão a alimentos em geral. É preciso que a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, seja inapropriada ao estágio de desenvolvimento (Critério B) e não parte de uma prática culturalmente aceita (Critério C). Sugere-se uma idade mínima de 2 anos para o diagnóstico de pica, de modo a excluir a exploração de objetos com a boca que acabam por ser ingeridos, normal no desenvolvimento das crianças pequenas. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, pode ser um aspecto associado a outros transtornos mentais (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia). Se o comportamento alimentar ocorrer exclusivamente no contexto de outro transtorno mental, então um diagnóstico distinto de pica deverá ser feito apenas se o comportamento alimentar for grave o suficiente a ponto de demandar atenção clínica adicional (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Embora deficiências de vitaminas e minerais (p. ex., zinco, ferro) tenham sido descritas em alguns casos, frequentemente nenhuma outra anormalidade biológica é encontrada. Em algumas ocasiões, a pica chega à atenção clínica somente acompanhando complicações médicas gerais (p. ex., problemas intestinais mecânicos; obstrução intestinal, como a que resulta de um bezoar; perfuração intestinal; infecções como toxoplasmose e toxocaríase em decorrência da ingestão de fezes ou sujeira; intoxicação, como pela ingestão de tinta à base de chumbo).

Prevalência

A prevalência de pica é pouco estudada. Entre indivíduos com deficiência intelectual, a prevalência de pica parece aumentar com a gravidade da condição.

Desenvolvimento e Curso

A manifestação inicial de pica pode ocorrer na infância, na adolescência ou na idade adulta, embora a manifestação na infância seja mais comumente relatada. O transtorno pode ocorrer em crianças com desenvolvimento normal em outras áreas, enquanto, em adultos, parece mais provável no contexto de deficiência intelectual ou outros transtornos mentais. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, também pode manifestar-se na gestação, quando fissura específica (p. ex., por giz ou gelo) pode ocorrer. O diagnóstico de pica durante esse período só é apropriado se tais fissuras levarem à ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, até o ponto em que sua ingestão representa potenciais riscos médicos. O curso do transtorno pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (p. ex., obstrução intestinal, perda aguda de peso, intoxicação). O transtorno pode ser potencialmente fatal dependendo das substâncias ingeridas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Negligência, falta de supervisão e atraso do desenvolvimento podem aumentar o risco para essa condição.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Em algumas populações, acredita-se que a ingestão de terra ou outras substâncias aparentemente não nutritivas tenha valor espiritual, medicinal ou outro valor social; pode, ainda, ser uma prática culturalmente aceita ou socialmente normal. Tal comportamento não justifica um diagnóstico de pica (Critério C).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A pica ocorre em ambos os sexos. Ela pode ocorrer em mulheres durante a gestação; entretanto, pouco se sabe a respeito de seu curso no período pós-parto.

Marcadores Diagnósticos

Radiografia abdominal simples, ultrassonografia e outros métodos de imagem podem revelar obstruções relacionadas a pica. Exames de sangue e outros testes laboratoriais podem ser usados para determinar níveis de intoxicação ou a natureza da infecção.

Consequências Funcionais da Pica

A pica pode comprometer de maneira significativa o funcionamento físico, mas raramente é a única causa de prejuízo no funcionamento social. Ocorre com frequência juntamente com outros transtornos associados ao funcionamento social prejudicado.

Diagnóstico Diferencial

A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, pode ocorrer durante o curso de outros transtornos mentais (p. ex., transtorno do espectro autista, esquizofrenia) e na síndrome de Kleine-Levin. Em qualquer um desses casos, um diagnóstico adicional de pica só deve ser feito se o comportamento alimentar for suficientemente persistente e grave para justificar atenção clínica adicional.

Anorexia nervosa. A pica normalmente pode ser distinguida de outros transtornos alimentares pelo consumo de substâncias não nutritivas, não alimentares. É importante observar, no entanto, que algumas apresentações de anorexia nervosa incluem a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, como lenços de papel, na tentativa de controlar o apetite. Nesses casos, quando a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é usada essencialmente como meio de controle do peso, anorexia nervosa deverá ser o diagnóstico primário.

Transtorno factício. Alguns indivíduos com transtorno factício podem ingerir intencionalmente objetos estranhos como parte do padrão de falsificação de sintomas físicos. Nesses casos, existe um elemento fraudulento compatível com a indução deliberada de lesão ou doença.

Autolesão não suicida e comportamentos de autolesão suicida nos transtornos da personalidade. Alguns indivíduos podem deglutir itens potencialmente nocivos (p. ex., alfinetes, agulhas, facas) no contexto de padrões desadaptativos de comportamento associados a transtornos da personalidade ou autolesão não suicida.

Comorbidade

Os transtornos mais comumente comórbidos com pica são transtorno do espectro autista e deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) e, em um grau menor, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. A pica pode estar associada a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e transtorno de escoriação (*skin-picking*). Em apresentações comórbidas, a pele ou o cabelo são geralmente ingeridos. A pica também pode estar associada ao transtorno alimentar restritivo/evitativo, em particular em indivíduos com forte componente sensorial à sua

apresentação. Quando um indivíduo sabidamente tem pica, a avaliação deverá considerar a possibilidade de complicações gastrintestinais, intoxicação, infecção e deficiência nutricional.

Transtorno de Ruminação

Critérios Diagnósticos **307.53 (F98.21)**

A. Regurgitação repetida de alimento durante um período mínimo de um mês. O alimento regurgitado pode ser remastigado, novamente deglutido ou cuspido.
B. A regurgitação repetida não é atribuível a uma condição gastrintestinal ou a outra condição médica (p. ex., refluxo gastroesofágico, estenose do piloro).
C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno alimentar restritivo/evitativo.
D. Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual] ou outro transtorno do neurodesenvolvimento), eles são suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional.

Especificar se:

Em remissão: Depois de terem sido preenchidos os critérios para transtorno de ruminação, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ruminação é a regurgitação repetida de alimento depois de ingerido durante um período mínimo de um mês (Critério A). O alimento previamente deglutido que já pode estar parcialmente digerido é trazido de volta à boca sem náusea aparente, ânsia de vômito ou repugnância. O alimento pode ser remastigado e então ejetado da boca ou novamente deglutido. A regurgitação no transtorno de ruminação deverá ser frequente, ocorrendo pelo menos várias vezes por semana, em geral todos os dias. O comportamento não é mais bem explicado por uma condição gastrintestinal ou outra condição médica associada (p. ex., refluxo gastroesofágico, estenose do piloro) (Critério B) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar restritivo/evitativo (Critério C). Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do neurodesenvolvimento), é preciso que sejam suficientemente graves para justificar atenção médica adicional (Critério D) e deverão representar um aspecto primário da apresentação do indivíduo que requer intervenção. O transtorno pode ser diagnosticado durante toda a vida, sobretudo em indivíduos que também apresentam deficiência intelectual. Muitos indivíduos com o transtorno podem ser observados diretamente durante o comportamento de ruminação pelo médico. Em outros casos, o diagnóstico pode ser feito com base no autorrelato ou em informações corroborativas de pais ou cuidadores. Os indivíduos podem descrever o comportamento como habitual ou fora de seu controle.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Lactentes com transtorno de ruminação exibem uma posição característica de tensionar e arquear as costas com a cabeça fletida para trás, fazendo movimentos de sucção com a língua e dando a impressão de obterem satisfação com tal atividade. Eles podem ficar irritados e famintos entre episódios de regurgitação. A perda ponderal e o insucesso em obter o ganho de peso esperado são características comuns em lactentes com transtorno de ruminação. A desnutrição pode ocorrer a despeito da aparente fome do lactente e da ingestão de quantidades relativamente grandes de alimentos, sobretudo em casos graves, quando a regurgitação segue imediatamente cada episódio de alimentação e o alimento regurgitado é expelido. A desnutrição pode ocorrer também em crianças mais velhas e em adultos, em particular quando a regurgitação é acompanhada por restrição da ingestão. Adolescentes e adultos talvez tentem disfarçar o comportamento de regurgitação cobrindo a boca com a mão ou tossindo. Alguns evitarão comer em frente a outras

pessoas em virtude do aspecto social indesejável do comportamento. Eles podem ampliar esse comportamento evitando alimentar-se antes de situações sociais, como o trabalho ou a escola (p. ex., evitando o desjejum porque pode ser seguido por regurgitação).

Prevalência

Dados de prevalência do transtorno de ruminação são inconclusivos, mas o transtorno é comumente mais relatado em certos grupos, como indivíduos com deficiência intelectual.

Desenvolvimento e Curso

A manifestação inicial do transtorno de ruminação pode ocorrer em lactentes, na infância, na adolescência ou na idade adulta. A idade da manifestação inicial geralmente fica entre 3 e 12 meses. Nos lactentes, o transtorno cede com frequência de forma espontânea, mas seu curso pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (p. ex., desnutrição grave). O transtorno pode ser potencialmente fatal, sobretudo em lactentes. Pode ter um curso episódico ou ocorrer continuamente até ser tratado. Nos lactentes, bem como em indivíduos mais velhos com deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, o comportamento de regurgitação e ruminação parece ter uma função calmante e estimulante semelhante à de outros comportamentos motores repetitivos, como balançar a cabeça ritmicamente.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Problemas psicossociais como falta de estimulação, negligência, situações de vida estressantes e problemas na relação entre pais e filhos podem ser fatores predisponentes em lactentes e crianças pequenas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ruminação

A desnutrição secundária à regurgitação repetida pode estar associada a atraso no crescimento e pode ter um efeito negativo no potencial de desenvolvimento e aprendizagem. Alguns indivíduos mais velhos com o transtorno restringem deliberadamente a ingestão de alimentos em virtude do aspecto socialmente indesejável da regurgitação. Eles podem, assim, apresentar-se com perda ponderal ou baixo peso. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social tende a ser afetado de forma mais adversa.

Diagnóstico Diferencial

Condições gastrintestinais. É importante diferenciar regurgitação no transtorno de ruminação de outras condições caracterizadas por refluxo gastroesofágico ou vômitos. Condições como gastroparesia, estenose do piloro, hérnia de hiato e síndrome de Sandifer em lactentes deverão ser excluídas por exames físicos e testes laboratoriais apropriados.

Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Indivíduos com anorexia nervosa e bulimia nervosa também podem regurgitar com subsequente eliminação do alimento como um meio de livrar-se das calorias ingeridas em virtude da preocupação com o ganho de peso.

Comorbidade

Regurgitação com ruminação associada pode ocorrer no contexto de uma condição médica ou outro transtorno mental concomitante (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada). Quando a regurgitação ocorre nesse contexto, um diagnóstico de transtorno de ruminação é apropriado apenas se a gravidade da perturbação exceder a habitualmente associada a tais condições ou transtornos e justificar atenção clínica adicional.

Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

Critérios Diagnósticos **307.59 (F50.8)**

A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:
   1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
   2. Deficiência nutricional significativa.
   3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
   4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial.

B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.

C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.

D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de uma outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.

Especificar se:

Em remissão: Depois de terem sido preenchidos os critérios para transtorno alimentar restritivo/evitativo, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.

Características Diagnósticas

O transtorno alimentar restritivo/evitativo substitui e amplia o diagnóstico do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância. A principal característica diagnóstica do transtorno alimentar restritivo/evitativo é a esquiva ou a restrição da ingestão alimentar (Critério A) manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética insuficiente, por meio da ingestão oral de alimentos. Um ou mais dos seguintes aspectos-chave devem estar presentes: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa (ou impacto relacionado à saúde), dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial. A determinação da perda de peso significativa (Critério A1) é um julgamento clínico; em vez de perder peso, crianças e adolescentes que não concluíram o crescimento não mantêm os aumentos de peso e altura esperados em sua trajetória do desenvolvimento.

A determinação de deficiência nutricional significativa (Critério A2) também se baseia em avaliações clínicas (p. ex., determinação da ingesta de alimentos, exame físico e testes laboratoriais), e o impacto na saúde física pode ser também de gravidade semelhante ao que é visto na anorexia nervosa (p. ex., hipotermia, bradicardia, anemia). Em casos graves, em particular em lactentes, a desnutrição é potencialmente fatal. "Dependência" de nutrição enteral ou suplementos nutricionais orais (Critério A3) significa que é preciso suplementar a alimentação para manter a ingesta adequada. Exemplos de indivíduos que necessitam de alimentação suplementar incluem bebês com atraso no crescimento que necessitam de alimentação por sonda, crianças com transtornos do neurodesenvolvimento dependentes de suplementos nutricionalmente completos e indivíduos que dependem totalmente de alimentação por sonda de gastrostomia ou suplementos de nutrição oral completa na ausência de uma condição médica subjacente. A incapacidade de participar de atividades sociais normais, tais como fazer refeições com outras pessoas ou manter relacionamentos em decorrência da perturbação, indicaria uma interferência marcante no funcionamento psicossocial (Critério A4).

O transtorno alimentar restritivo/evitativo não inclui evitação ou restrição da ingesta alimentar em virtude da indisponibilidade de alimento ou de práticas culturais (p. ex., jejum religioso ou dieta normal) (Critério B) nem comportamentos normais para o desenvolvimento (p. ex., crianças pequenas exigentes para comer, ingestão reduzida em adultos mais velhos). A perturbação não é mais bem explicada por preocupação excessiva acerca do peso ou da forma corporal (Critério C) ou por fatores médicos ou transtornos mentais concomitantes (Critério D).

Em alguns indivíduos, a evitação ou a restrição alimentar podem se basear em características de qualidade do alimento, como sensibilidade extrema a aparência, cor, odor, textura, temperatura ou paladar. Esse comportamento foi descrito como "ingestão restritiva", "ingestão seletiva", "ingestão exigente", "ingestão perseverante", "recusa crônica de alimento" e "neofobia alimentar" e pode se manifestar como recusa em comer determinadas marcas de alimentos ou intolerância ao cheiro do alimento que está sendo consumido por outros. Indivíduos com sensibilidades sensoriais mais pronunciadas associadas ao autismo podem exibir comportamentos semelhantes.

A evitação ou a restrição alimentar também podem representar uma resposta negativa condicionada associada à ingestão alimentar seguindo, ou antecipando, uma experiência aversiva, como engasgo/sufocamento; uma investigação traumática, geralmente envolvendo o trato gastrintestinal (p. ex., esofagoscopia); ou vômitos repetidos. Os termos *disfagia funcional* e *globus hystericus* também foram usados para descrever tais condições.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Diversas características podem estar associadas à evitação de alimentos ou a uma ingestão alimentar reduzida, incluindo falta de interesse em nutrição e alimentação, levando a perda de peso e atraso de crescimento. Lactentes muito novos podem apresentar-se sonolentos, aflitos ou agitados ao se alimentar. Lactentes e crianças pequenas podem não se envolver com o cuidador primário durante a alimentação ou não comunicar fome em favor de outras atividades. Em crianças mais velhas e adolescentes, a evitação e a restrição alimentar podem estar associadas a dificuldades emocionais mais generalizadas que não satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno de ansiedade, depressivo ou bipolar, às vezes denominadas "transtorno emocional de evitação alimentar".

Desenvolvimento e Curso

A evitação e a restrição alimentar associadas a ingestão insuficiente ou falta de interesse em alimentar-se desenvolvem-se mais comumente na fase de lactente ou na primeira infância e podem persistir na idade adulta. Da mesma maneira, a evitação baseada em características sensoriais dos alimentos tende a surgir na primeira década de vida, mas pode persistir na idade adulta. A evitação relacionada a consequências aversivas pode surgir em qualquer idade. A literatura escassa a respeito das consequências a longo prazo sugere que evitação ou restrição alimentar baseada em aspectos sensoriais é relativamente estável e duradoura, mas, quando persiste na idade adulta, pode estar associada a um funcionamento relativamente normal. Existe, nos dias atuais, pouca evidência associando diretamente o transtorno alimentar restritivo/evitativo e a manifestação subsequente de um transtorno alimentar.

Crianças com transtorno alimentar restritivo/evitativo podem ser irritadiças e difíceis de consolar durante a amamentação ou parecer apáticas e retraídas. Em alguns casos, a interação parental com o filho pode contribuir para o problema de alimentação do bebê (p. ex., apresentando o alimento de maneira inapropriada ou interpretando o comportamento do bebê como um ato de agressão ou rejeição). A ingesta nutricional inadequada pode exacerbar as características associadas (p. ex., irritabilidade, atrasos no desenvolvimento) e contribuir ainda mais para dificuldades de alimentação. Fatores associados incluem temperamento e prejuízos do desenvolvimento do bebê que reduzem sua responsividade à alimentação. Psicopatologia parental coexistente ou abuso ou negligência infantil são sugeridos se a alimentação e o peso melhorarem em resposta a mudança do cuidador. Em bebês, crianças e adolescentes pré-puberais, o transtorno alimentar restritivo/evitativo pode estar associado a atrasos do crescimento, e a desnutrição resultante

tem o potencial de afetar negativamente o desenvolvimento e a aprendizagem. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social tende a ser afetado de maneira adversa. Independentemente da idade, a função familiar pode ser afetada, com mais carga de estresse às refeições e a outros contextos de alimentação envolvendo amigos e familiares.

O transtorno alimentar restritivo/evitativo manifesta-se mais comumente em crianças do que em adultos, e pode haver uma grande demora entre a manifestação inicial e a apresentação clínica. Fatores que desencadeiam a apresentação variam consideravelmente e incluem dificuldades físicas, sociais e emocionais.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem aumentar o risco de transtorno alimentar restritivo/evitativo ou de comportamento alimentar característico do transtorno.

Ambientais. Fatores de risco ambientais para o transtorno alimentar restritivo/evitativo incluem ansiedade familiar. Taxas maiores de perturbações alimentares podem ocorrer em filhos de mães com transtornos alimentares.

Genéticos e fisiológicos. História de condições gastrintestinais, doença de refluxo gastroesofágico, vômitos e uma gama de problemas médicos foram associados a comportamentos alimentares característicos do transtorno alimentar restritivo/evitativo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Apresentações semelhantes ao transtorno alimentar restritivo/evitativo ocorrem em diversas populações, incluindo Estados Unidos, Canadá, Austrália e Europa. O transtorno alimentar restritivo/evitativo não deverá ser diagnosticado quando a evitação da ingesta alimentar estiver relacionada unicamente a práticas religiosas ou culturais específicas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno alimentar restritivo/evitativo é igualmente comum em ambos os sexos na fase de lactente e na primeira infância; porém, comórbido com transtorno do espectro autista, é mais comum no sexo masculino. A restrição ou a evitação alimentar relacionadas a sensibilidades sensoriais alteradas podem ocorrer em algumas condições fisiológicas, em particular na gestação, porém normalmente não são extremas e não satisfazem os critérios completos do transtorno.

Marcadores Diagnósticos

Os marcadores diagnósticos incluem desnutrição, baixo peso, atraso no crescimento e necessidade de nutrição artificial na ausência de uma condição médica outra que não a alimentação deficiente.

Consequências Funcionais do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

Limitações funcionais e associadas ao desenvolvimento incluem prejuízo do desenvolvimento físico e dificuldades sociais que podem ter um impacto negativo significativo no funcionamento familiar.

Diagnóstico Diferencial

A perda de apetite que precede a alimentação restritiva é um sintoma inespecífico que pode acompanhar uma série de diagnósticos mentais. O transtorno alimentar restritivo/evitativo pode ser diagnosticado concomitantemente com os transtornos listados a seguir se todos os critérios forem satisfeitos e a perturbação alimentar demandar atenção clínica específica.

Outras condições médicas (p. ex., doença gastrintestinal, alergias e intolerâncias alimentares, malignidades ocultas). A restrição da ingesta alimentar pode ocorrer em outras condições médicas, especialmente com sintomas persistentes como vômitos, perda de apetite, náusea, dor abdominal ou diarreia. Um diagnóstico de transtorno alimentar restritivo/evitativo requer que a perturbação da ingestão esteja além daquela diretamente explicada pelos sintomas físicos compatíveis com uma condição médica; a perturbação alimentar também deve persistir depois de desencadeada por uma condição médica e depois da resolução desta.

Condições médicas subjacentes ou condições mentais comórbidas podem complicar a alimentação. Na medida em que indivíduos mais velhos, pacientes pós-cirúrgicos e os que recebem quimioterapia com frequência ficam inapetentes, um diagnóstico adicional de transtorno alimentar restritivo/evitativo requer que a perturbação alimentar seja um foco primário para intervenção.

Transtornos neurológicos/neuromusculares, estruturais ou congênitos específicos e condições associadas a dificuldades de alimentação. Dificuldades de alimentação são comuns em uma série de condições congênitas e neurológicas com frequência relacionadas a problemas com a estrutura e a função oral/esofágica/faríngea, como hipotonia da musculatura, protusão da língua e deglutição comprometida. O transtorno alimentar restritivo/evitativo pode ser diagnosticado em indivíduos com tais apresentações desde que todos os critérios diagnósticos sejam preenchidos.

Transtorno de apego reativo. Um certo grau de retraimento é característico do transtorno de apego reativo e pode levar a uma perturbação na relação cuidador-criança que pode afetar a alimentação e a ingestão da criança. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deverá ser diagnosticado concomitantemente apenas se todos os critérios forem atendidos para ambos os transtornos e a perturbação alimentar for um foco primário para intervenção.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com transtorno do espectro autista geralmente apresentam comportamentos alimentares rígidos e sensibilidades sensoriais aumentadas. Entretanto, esses aspectos nem sempre resultam no nível de comprometimento que seria necessário para um diagnóstico de transtorno alimentar restritivo/evitativo. Esse transtorno deverá ser diagnosticado concomitantemente apenas se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

Fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social) e outros transtornos de ansiedade. Fobia específica do tipo "outro" menciona como exemplos "situações que possam levar a asfixia ou vômitos" e pode representar o gatilho primário para o medo, a ansiedade ou a evitação necessários para o diagnóstico. Pode ser difícil distinguir fobia específica de transtorno alimentar restritivo/evitativo quando medo de asfixia ou vômito resultou em esquiva da alimentação. Embora a restrição ou evitação da alimentação secundária a um medo pronunciado de asfixiar-se ou de vomitar possa ser conceitualizada como fobia específica, em situações nas quais o problema de alimentação torna-se o foco primário de atenção clínica, o transtorno alimentar restritivo/evitativo torna-se o diagnóstico apropriado. No transtorno de ansiedade social, o indivíduo pode apresentar-se com medo de ser observado pelos outros enquanto se alimenta, o que pode acontecer também no transtorno alimentar restritivo/evitativo.

Anorexia nervosa. A restrição da ingesta calórica em relação às necessidades levando a um peso corporal significativamente baixo é um aspecto central da anorexia nervosa. Entretanto, indivíduos com anorexia nervosa também exibem medo de ganhar peso ou de ficar gordos ou comportamentos persistentes que interferem no ganho de peso, bem como perturbações específicas em relação à percepção e à vivência de seu próprio peso e forma corporal. Essas características não estão presentes no transtorno alimentar restritivo/evitativo, e os dois transtornos não deverão ser diagnosticados concomitantemente. O diagnóstico diferencial entre transtorno alimentar restritivo/evitativo e anorexia nervosa pode ser difícil, especialmente no fim da infância e no início da adolescência, pois esses transtornos podem compartilhar uma série de sintomas (p. ex., evitação de alimento, baixo peso). O diagnóstico diferencial também é potencialmente difícil em indivíduos com anorexia nervosa que negam o medo de engordar, contudo adotam comportamentos persistentes que impedem o ganho de peso e não reconhecem a gravidade médica de seu baixo peso – uma apresentação às vezes denominada "anorexia nervosa sem fobia de peso". A consideração integral dos sintomas, do curso e da história familiar é recomendada, e o diagnóstico pode

ser mais bem feito no contexto de uma relação clínica ao longo do tempo. Em alguns indivíduos, o transtorno alimentar restritivo/evitativo pode preceder o aparecimento da anorexia nervosa.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo podem apresentar-se com evitação ou restrição da alimentação relacionada a preocupações com alimentos ou comportamento de alimentação ritualizado. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deverá ser diagnosticado concomitantemente apenas se forem satisfeitos todos os critérios para ambos os transtornos e quando a alimentação aberrante for um aspecto maior da apresentação clínica que demande intervenção específica.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, o apetite pode estar afetado de tal forma que os indivíduos apresentam-se com ingesta alimentar significativamente restrita, em geral em relação à ingesta calórica total e muitas vezes associada a perda de peso. A inapetência e a decorrente redução da ingesta costumam ceder com a resolução dos problemas de humor. O transtorno alimentar restritivo/evitativo só deverá ser diagnosticado concomitantemente se todos os critérios forem preenchidos para ambos os transtornos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

Transtornos do espectro da esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia, transtorno delirante ou outros transtornos psicóticos podem exibir comportamentos alimentares estranhos, evitação de alimentos específicos em virtude de crenças delirantes ou outras manifestações de alimentação restritiva/evitativa. Em alguns casos, crenças delirantes podem contribuir para preocupação acerca das consequências negativas de ingerir determinados alimentos. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deve ser usado concomitantemente apenas se todos os critérios forem satsifeitos para ambos os transtornos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

Transtorno factício ou transtorno factício imposto a outro. O transtorno alimentar restritivo/evitativo deve ser diferenciado do transtorno factício ou do transtorno factício imposto a outro. Para assumir o papel de doente, alguns indivíduos com transtorno factício podem descrever intencionalmente dietas que são muito mais restritivas do que aquelas que de fato são capazes de consumir, bem como complicações de tal comportamento, como necessidade de dietas enterais ou suplementos nutricionais, incapacidade de tolerar uma gama normal de alimentos e/ou incapacidade de participar normalmente de situações apropriadas à idade envolvendo alimentação. A apresentação pode ser bastante dramática e envolvente, e os sintomas, relatados de maneira inconsistente. No transtorno factício imposto a outro, o cuidador descreve sintomas compatíveis com transtorno alimentar restritivo/evitativo e pode induzir sintomas físicos, como o fracasso em ganhar peso. Assim como em qualquer diagnóstico de transtorno factício imposto a outro, o cuidador recebe o diagnóstico em vez do indivíduo afetado, e este só deverá ser feito com base em uma avaliação cuidadosa e abrangente do indivíduo afetado, do cuidador e de sua interação.

Comorbidade

Os transtornos comórbidos mais comumente observados com transtorno alimentar restritivo/evitativo são transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos do neurodesenvolvimento (especificamente transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e deficiência intelectual [transtornos do desenvolvimento intelectual]).

Anorexia Nervosa

Critérios Diagnósticos

A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para anorexia nervosa é **307.1**, atribuído independentemente do subtipo. O código da CID-10-MC depende do subtipo (ver a seguir).

Determinar o subtipo:

(F50.01) Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

(F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Especificar se*:*

Em remissão parcial: Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

Em remissão completa: Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve: IMC $\geq$ 17 kg/m^2
Moderada: IMC 16-16,99 kg/m^2
Grave: IMC 15-15,99 kg/m^2
Extrema: IMC $<$ 15 kg/m^2

Subtipos

A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa que se envolvem em comportamentos periódicos de hiperfagia também purga por meio de vômitos autoinduzidos ou faz uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos com esse subtipo de anorexia nervosa não apresentam episódios de hiperfagia, mas purgam regularmente depois do consumo de pequenas quantidades de alimento.

A alternância entre os subtipos ao longo do curso do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais, e não o curso longitudinal.

Características Diagnósticas

A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingesta calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (Critério A). O peso corporal dessas pessoas com frequência satisfaz esse critério depois de uma perda ponderal significativa, porém, entre crianças e adoles-

centes, pode haver insucesso em obter o ganho de peso esperado ou em manter uma trajetória de desenvolvimento normal (i.e., enquanto cresce em altura) em vez de perda de peso.

O Critério A requer que o peso do indivíduo esteja significativamente baixo (i.e., inferior à faixa mínima normal ou, no caso de crianças e adolescentes, inferior à faixa mínima esperada). A determinação do peso pode ser problemática porque a faixa de peso normal difere entre indivíduos, e limiares diferentes foram publicados definindo magreza ou peso abaixo do normal. O índice de massa corporal (IMC; calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em m^2) é uma medida útil para determinar o peso corporal em relação à altura. Para adultos, um IMC de 18,5 kg/m^2 tem sido empregado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior de peso corporal normal. Dessa forma, a maioria dos adultos com um IMC igual ou acima de 18,5 kg/m^2 não seria considerada como com baixo peso corporal. Por sua vez, um IMC inferior a 17,0 kg/m^2 tem sido considerado pela OMS como indicativo de magreza moderada ou grave; portanto, um indivíduo com um IMC inferior a 17,0 kg/m^2 provavelmente seria considerado com um peso significativamente baixo. Um adulto com um IMC entre 17,0 e 18,5 kg/m^2, ou até mesmo acima de 18,5 kg/m^2, poderia ser considerado com um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas corroborarem tal julgamento.

Para crianças e adolescentes, determinar um percentil de IMC por idade é útil (ver, p. ex., o calculador de percentil de IMC dos CDC para crianças e adolescentes). Assim como nos adultos, não é possível fornecer padrões definitivos para julgar se o peso de uma criança ou de um adolescente está significativamente baixo, e variações nas trajetórias de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de diretrizes numéricas simples. Os CDC usaram um IMC por idade abaixo do 5º percentil como sugestivo de peso abaixo do normal; entretanto, crianças e adolescentes com um IMC acima desse marco podem ser julgados como significativamente abaixo do peso em face do fracasso em manter sua trajetória de crescimento esperada. Em suma, ao determinar se o Critério A é satisfeito, o clínico deverá considerar diretrizes numéricas disponíveis, bem como a constituição corporal do indivíduo, a história ponderal e a existência de qualquer perturbação fisiológica.

Indivíduos com esse transtorno exibem geralmente medo intenso de ganhar peso ou de engordar (Critério B). Esse medo intenso de engordar não costuma ser aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação acerca do peso pode aumentar até mesmo se o peso dimimuir. Indivíduos mais jovens com anorexia nervosa, bem como alguns adultos, podem não reconhecer ou perceber medo de ganhar peso. Na ausência de outra explicação para o peso significativamente baixo, podem ser usados, para estabelecer o Critério B, a inferência do clínico a partir da história fornecida por informantes, dados de observação, achados físicos e laboratoriais ou curso longitudinal indicando seja um medo de ganhar peso, seja comportamentos persistentes relacionados que impeçam o ganho de peso.

A vivência e a significância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C). Algumas pessoas sentem-se completamente acima do peso. Outras percebem que estão magras, mas ainda assim se preocupam com determinadas partes do corpo, em particular que o abdome, os glúteos e o quadril estão "gordos demais". Elas podem empregar uma variedade de técnicas para avaliar o tamanho ou o peso de seus corpos, incluindo pesagens frequentes, medição obsessiva de partes do corpo e uso persistente de um espelho para checar áreas percebidas de "gordura". A estima de indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente de suas percepções da forma e do peso corporal. A perda de peso é, com frequência, vista como uma conquista marcante e um sinal de autodisciplina extraordinária, enquanto o ganho ponderal é percebido como falha de autocontrole inaceitável. Embora alguns indivíduos com esse transtorno talvez reconheçam que estão magros, frequentemente não assumem as graves implicações médicas de seu estado de desnutrição.

Geralmente, o indivíduo é levado à atenção profissional por familiares depois de perda de peso marcante (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado) ter ocorrido. Se buscam ajuda por si mesmos, costuma ser devido à angústia causada por sequelas somáticas e psicológicas da inanição. É raro uma pessoa com anorexia nervosa queixar-se da perda de peso por si só. Na verdade, indivíduos com anorexia nervosa com frequência carecem de *insight* ou negam o problema. É, portanto, importante obter informações de familiares ou de outras fontes para avaliar a história da perda de peso e outros aspectos da doença.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A semi-inanição da anorexia nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela podem resultar em condições médicas importantes e potencialmente fatais. O comprometimento nutricional associado a esse transtorno afeta a maioria dos sistemas corporais e pode produzir uma variedade de perturbações. Perturbações fisiológicas, incluindo amenorreia e anormalidades nos sinais vitais, são comuns. Enquanto grande parte das perturbações fisiológicas associadas à desnutrição é reversível com reabilitação nutricional, algumas, incluindo a perda de densidade óssea mineral, com frequência não são completamente reversíveis. Comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas podem causar uma série de distúrbios que levam a achados laboratoriais anormais; entretanto, alguns indivíduos com anorexia nervosa não exibem tais anormalidades.

Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido. Na medida em que alguns desses aspectos também são observados em indivíduos sem anorexia nervosa, mas significativamente subnutridos, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às sequelas fisiológicas da semi-inanição, embora também possam ser graves o suficiente para justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo.

Características obsessivo-compulsivas, relacionadas ou não à alimentação, são com frequência proeminentes. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa é centrada na preocupação com os alimentos. Alguns colecionam receitas e estocam comida. Observações de comportamentos associados a outras formas de inanição sugerem que obsessões e compulsões relacionadas à alimentação podem ser exacerbadas por subnutrição. Quando indivíduos com anorexia nervosa exibem obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pode ser justificável.

Outros aspectos por vezes associados à anorexia nervosa incluem angústia de alimentar-se publicamente, sentimentos de fracasso, forte desejo por controlar o próprio ambiente, pensamentos inflexíveis, espontaneidade social limitada e expressão emocional excessivamente contida. Comparados a indivíduos com anorexia nervosa do tipo restritiva, os que têm anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa apresentam taxas maiores de impulsividade e tendem a abusar mais de álcool e outras drogas.

Um subgrupo de indivíduos com anorexia nervosa exibe níveis excessivos de atividade física. Aumentos na atividade física com frequência precedem a manifestação inicial do transtorno, e, durante o curso da doença, a atividade física mais intensa acelera a perda de peso. Durante o tratamento, talvez seja difícil controlar o excesso de atividade física, prejudicando, assim, a recuperação do peso.

Indivíduos com anorexia nervosa podem fazer uso indevido de medicamentos, como, por exemplo, manipular a dosagem para conseguir perder peso ou evitar ganhá-lo. Aqueles com diabetes melito podem omitir ou reduzir as doses de insulina a fim de minimizar o metabolismo de carboidratos.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de anorexia nervosa entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.

Desenvolvimento e Curso

A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém casos de início precoce e tardio já foram descritos. O início desse transtorno costuma estar associado a um evento de vida estressante, como deixar a casa dos pais para ingressar na universidade. O curso e o desfecho da anorexia nervosa são altamente variáveis. Indivíduos mais jovens podem manifestar aspectos atípicos,

incluindo a negação do "medo de gordura". Indivíduos mais velhos tendem a ter duração mais prolongada da doença, e sua apresentação clínica pode incluir mais sinais e sintomas de transtorno de longa data. Os clínicos não devem excluir anorexia nervosa do diagnóstico diferencial com base apenas em idade mais avançada.

Muitos indivíduos apresentam um período de mudança no comportamento alimentar antes de preencherem todos os critérios para o transtorno. Alguns com anorexia nervosa se recuperam inteiramente depois de um único episódio, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido por recaída, e outros ainda experienciam um curso crônico ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para recuperar o peso e tratar complicações clínicas. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa sofre remissão dentro de cinco anos depois da manifestação inicial do transtorno. Entre os admitidos ao hospital, as taxas de remissão podem ser menores. A taxa bruta de mortalidade (TBM) para anorexia nervosa é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa.

Ambientais. A variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza. Ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, como modelo e atleta de elite, também estão asssociados a um risco maior.

Genéticos e fisiológicos. Existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Também foi observado risco maior de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, em particular parentes daqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa. As taxas de concordância para anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos. Uma gama de anormalidades cerebrais foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional (imagem por ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons). O grau em que esses achados refletem mudanças associadas a desnutrição *versus* anormalidades primárias associadas a esse transtorno não está claro.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A anorexia nervosa ocorre entre populações diversas em termos culturais e sociais, embora as evidências disponíveis sugiram variações transculturais em sua ocorrência e apresentação. É provável que seja mais prevalente em países ricos pós-industrializados, como os Estados Unidos, em muitos países europeus, na Austrália, na Nova Zelândia e no Japão, mas sua incidência em países de baixa e média rendas é incerta. Enquanto a prevalência do transtorno parece comparativamente baixa entre latinos, afro-americanos e asiáticos nos Estados Unidos, os clínicos deverão estar atentos ao fato de que a utilização de serviços de saúde mental entre indivíduos com um transtorno alimentar é significativamente menor nesses grupos étnicos e de que as taxas baixas talvez indiquem um viés de aferição. A apresentação de preocupações a respeito do peso entre indivíduos com transtornos alimentares varia substancialmente nos diferentes contextos culturais. A ausência de medo intenso manifesto de ganhar peso, às vezes referido como "fobia de gordura", parece ser relativamente mais comum em populações na Ásia, onde a justificativa de restrição dietética costuma estar relacionada a uma queixa mais culturalmente sancionada, como desconforto gastrintestinal. Nos Estados Unidos, apresentações sem um temor intenso declarado de ganhar peso podem ser, de forma comparativa, mais comuns entre grupos latinos.

Marcadores Diagnósticos

As seguintes anormalidades laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; sua presença pode servir para aumentar a confiabilidade diagnóstica.

Hematologia. É comum haver leucopenia, com a perda de todos os tipos de células, mas habitualmente com linfocitose aparente. Pode haver anemia leve, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas de sangramento.

Bioquímica. A desidratação pode refletir-se por um nível sanguíneo elevado de ureia. A hipercolesterolemia é comum. Os níveis de enzimas hepáticas podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são ocasionalmente observadas. Vômitos autoinduzidos podem levar a alcalose metabólica (nível sérico elevado de bicarbonato), hipocloremia e hipocalemia; o uso indevido de laxantes pode causar acidose metabólica leve.

Endocrinologia. Os níveis séricos de tiroxina (T_4) geralmente se encontram na faixa entre normal e abaixo do normal; os níveis de tri-iodotironina (T_3) estão diminuídos, enquanto os níveis de T_3 reverso estão elevados. Os níveis séricos de estrogênio são baixos no sexo feminino; já no masculino, os níveis séricos de testosterona são baixos.

Eletrocardiografia. É comum a presença de bradicardia sinusal, e, raramente, arritmias são observadas. O prolongamento significativo do intervalo QTc é observado em alguns indivíduos.

Massa óssea. Com frequência se observa densidade mineral óssea baixa, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose. O risco de fratura é significativamente maior.

Eletrencefalografia. Anormalidades difusas, refletindo encefalopatia metabólica, podem resultar de desequilíbrios hídrico e eletrolítico significativos.

Gasto calórico em repouso. Há, com frequência, redução significativa no gasto calórico em repouso.

Sinais e sintomas físicos. Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A presença de amenorreia é comum e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se presente, a amenorreia costuma ser consequência da perda de peso, porém, em uma minoria dos indivíduos, ela pode, na verdade, preceder a perda de peso. Em meninas pré-púberes, a menarca pode ser retardada. Além de amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e energia excessiva.

O achado mais marcante no exame físico é a emaciação. É comum haver também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, um pelo corporal muito fino e macio. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a recuperação de peso ou na suspensão do uso indevido de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, normalmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam tonalidade amarelada na pele, associada a hipercarotenemia. Assim como é visto em indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com anorexia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa(s) de sucídio.

Consequências Funcionais da Anorexia Nervosa

Indivíduos com anorexia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Enquanto alguns permanecem ativos no funcionamento social e profissional, outros demonstram isolamento social significativo e/ou fracasso em atingir o nível acadêmico ou profissional potencial.

Diagnóstico Diferencial

Outras possíveis causas de baixo peso corporal ou perda de peso significativa deverão ser consideradas no diagnóstico diferencial de anorexia nervosa, especialmente quando o quadro for atípico (p. ex., manifestação depois dos 40 anos de idade).

Condições médicas (p. ex., doença gastrintestinal, hipertireoidismo, malignidades ocultas e síndrome da imunodeficiência adquirida [SIDA]). A perda de peso grave pode ocorrer em condições médicas, mas indivíduos com esses distúrbios geralmente não manifestam também perturbação na maneira como a forma ou o peso de seus corpos é vivenciada, medo intenso de ganhar peso nem persistem em comportamentos que interferem no ganho de peso apropriado. A perda de peso aguda associada a uma condição médica às vezes pode ser seguida pelo início ou por recaída de anorexia nervosa, que podem ser inicialmente mascarados pela condição médica comórbida. Raramente, a anorexia nervosa se desenvolve depois de uma cirurgia bariátrica para obesidade.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, pode ocorrer perda de peso grave, mas a maioria dos indivíduos com esse transtorno não manifesta nem desejo de perda de peso excessiva, nem medo intenso de ganhar peso.

Esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia podem exibir comportamento alimentar estranho e às vezes apresentam perda de peso significativa, mas raramente manifestam o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal necessários para um diagnóstico de anorexia nervosa.

Transtornos por uso de substância. Indivíduos com transtornos por uso de substância podem apresentar perda de peso devido à ingesta nutricional deficiente, mas geralmente não temem ganhar peso e não manifestam perturbação da imagem corporal. Indivíduos que abusam de substâncias que reduzem o apetite (p. ex., cocaína, estimulantes) e que também temem ganhar peso deverão ser avaliados cuidadosamente quanto à possibilidade de anorexia nervosa comórbida, considerando-se que o uso indevido da substância pode representar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso (Critério B).

Transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. Alguns dos aspectos da anorexia nervosa se sobrepõem aos critérios para fobia social, TOC e transtorno dismórfico corporal. Mais especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou envergonhados de serem vistos comendo em público, como ocorre na fobia social; podem exibir obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no TOC; ou podem ficar preocupados com um defeito imaginado na aparência do corpo, como no transtorno dismórfico corporal. Se o indivíduo com anorexia nervosa tiver temores sociais que se limitem apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de fobia social não deve ser feito, mas temores sociais não relacionados ao comportamento alimentar (p. ex., temor excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de fobia social. Da mesma maneira, um diagnóstico adicional de TOC deverá ser considerado apenas se o indivíduo exibir obsessões e compulsões não relacionadas a alimento (p. ex., medo excessivo de contaminação), e um diagnóstico adicional de transtorno dismórfico corporal deverá ser considerado apenas se a distorção não estiver relacionada à forma e ao tamanho do corpo (p. ex., preocupação com o tamanho excessivo do próprio nariz).

Bulimia nervosa. Indivíduos com bulimia nervosa exibem episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamento indevido para evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos autoinduzidos) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso corporais. Entretanto, diferentemente de indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa, aqueles com bulimia nervosa mantêm um peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal.

Transtorno alimentar restritivo/evitativo. Indivíduos com esse transtorno podem exibir perda de peso ou deficiência nutricional significativas, mas não temem ganhar peso ou se tornar gordos nem apresentam perturbação na maneira como vivenciam a forma e o peso do próprio corpo.

Comorbidade

Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos indivíduos com anorexia nervosa relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. O TOC é descrito em alguns indivíduos com anorexia nervosa, especialmente naqueles com o tipo restritivo. O transtorno por uso de álcool e outras substâncias pode também ser comórbido à anorexia nervosa, sobretudo entre aqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa.

Bulimia Nervosa

Critérios Diagnósticos **307.51 (F50.2)**

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
   1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
   2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Extrema: Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Características Diagnósticas

Existem três aspectos essenciais na bulimia nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (Critério B) e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (Critério D). Para se qualificar ao diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (Critério C).

Um "episódio de compulsão alimentar" é definido como a ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos

indivíduos comeria em um mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto no qual a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica poderia ser considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um "período de tempo determinado" refere-se a um período limitado, normalmente menos de duas horas. Um único episódio de compulsão alimentar não precisa se restringir a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode iniciar um comportamento de compulsão alimentar no restaurante e depois continuar a comer ao voltar para casa. Lanches contínuos de pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar.

Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador de perda de controle é a incapacidade de abster-se de comer ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou em seguida a, episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer de forma compulsiva enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um amigo ou o cônjuge entrar inesperadamente no recinto. Alguns relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são predominantemente caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. Se relatarem que desistiram de tentar controlar a ingestão, a perda de controle deverá ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada, em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que por uma fissura por um nutriente específico. Entretanto, durante episódios de compulsão alimentar, os indivíduos tendem a consumir alimentos que evitariam em outras circunstâncias.

Indivíduos com bulimia nervosa em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas. A compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível. Com frequência continua até que o indivíduo esteja desconfortável ou até mesmo dolorosamente cheio. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem fatores de estresse interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e a alimentos; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitam o episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

Outro aspecto essencial da bulimia nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, conhecidos coletivamente como *comportamentos purgativos*, ou *purgação* (Critério B). Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam vários métodos para compensar a compulsão alimentar. Vomitar é o comportamento compensatório inapropriado mais comum. Os efeitos imediatos dos vômitos incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, vomitar torna-se um objetivo em si, e o indivíduo comerá excessiva e compulsivamente a fim de vomitar, ou vomitará depois de ingerir uma pequena quantidade de alimento. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar uma variedade de métodos para induzir o vômito, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo do vômito. Geralmente se tornam peritos em induzir vômitos e acabam conseguindo vomitar quando querem. Raramente, consomem xarope de ipeca para induzir o vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Uma série de outros métodos compensatórios também pode ser usada em casos raros. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar indevidamente enemas após episódios de compulsão alimentar, mas raramente este se trata do único mecanismo compensatório empregado. As pessoas com esse transtorno podem tomar hormônio da tireoide em uma tentativa de evitar o ganho de peso. Aquelas com diabetes melito e bulimia nervosa podem omitir ou diminuir doses de insulina a fim de reduzir a metabolização do alimento consumido durante episódios de compulsão alimen-

tar. Indivíduos com o transtorno, ainda, podem jejuar por um dia ou mais ou se exercitar excessivamente na tentativa de impedir o ganho de peso. O exercício pode ser considerado excessivo quando interfere de maneira significativa em atividades importantes, quando ocorre em horas inapropriadas ou em contextos inapropriados ou quando o indivíduo continua a se exercitar a despeito de uma lesão ou outras complicações médicas.

Indivíduos com bulimia nervosa enfatizam de forma excessiva a forma ou o peso do corpo em sua autoavaliação, e esses fatores são extremamente importantes para determinar sua autoestima (Critério D). Eles podem lembrar muito os portadores de anorexia nervosa pelo medo de ganhar peso, pelo desejo de perder peso e pelo nível de insatisfação com o próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de bulimia nervosa não deve ser dado quando a perturbação só ocorrer durante episódios de anorexia nervosa (Critério E).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso (IMC $\geq$ 18,5 kg/m^2 e < 30 em adultos). O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos obesos. Entre os episódios de compulsão alimentar, indivíduos com bulimia nervosa costumam restringir seu consumo calórico total e optam, de preferência, por alimentos hipocalóricos ("dietéticos"), ao mesmo tempo que evitam alimentos que percebem como engordantes ou com potencial para desencadear compulsão alimentar.

Irregularidade menstrual ou amenorreia ocorrem com frequência em mulheres com bulimia nervosa; não está claro se tais perturbações estão relacionadas a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou a sofrimento emocional. Os distúrbios hidreletrolíticos decorrentes do comportamento purgativo são por vezes graves o suficiente para constituirem problemas clinicamente sérios. Complicações raras, porém fatais, incluem lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram relatadas em indivíduos depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito. Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais. Sintomas gastrintestinais costumam estar associados a bulimia nervosa, e prolapso retal já foi relatado entre indivíduos com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de bulimia nervosa entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. A prevalência-ponto é maior entre adultos, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Pouco se sabe a respeito da prevalência-ponto de bulimia nervosa no sexo masculino, porém o transtorno é bem menos comum nestes, com uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.

Desenvolvimento e Curso

A bulimia nervosa começa na adolescência ou na idade adulta jovem. A manifestação inicial antes da puberdade ou depois dos 40 anos é incomum. A compulsão alimentar com frequência começa durante ou depois de um episódio de dieta para perder peso. A vivência de múltiplos eventos estressantes na vida também pode precipitar o aparecimento de bulimia nervosa.

A perturbação do comportamento alimentar persiste por no mínimo muitos anos em uma porcentagem elevada de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de compulsão alimentar. Entretanto, durante o seguimento, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento nitidamente tenha impacto na evolução. Períodos de remissão acima de um ano estão associados a uma evolução de longo prazo mais favorável.

Um risco significativamente maior de mortalidade (por todas as causas e por suicídio) foi relatado para indivíduos com bulimia nervosa. A TBM para o transtorno é de aproximadamente 2% por década.

A mudança diagnóstica de bulimia nervosa inicial para anorexia nervosa ocorre em uma minoria dos casos (10 a 15%). Indivíduos que evoluem para anorexia nervosa comumente reverterão para bulimia nervosa ou terão múltiplas ocorrências de alternâncias entre esses dois transtornos. Um subgrupo de indivíduos com bulimia nervosa continua a manifestar compulsão alimentar, porém não se engaja mais em comportamentos compensatórios indevidos, e, portanto, seus sintomas satisfazem os critérios de transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno alimentar especificado. O diagnóstico deverá se basear na apresentação clínica atual (i.e., últimos três meses).

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade excessiva da infância (DSM-III-R) estão associados a um risco maior de desenvolver bulimia nervosa.

Ambientais. Observou-se que a internalização de um ideal corporal magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa. Indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância têm um risco maior de desenvolver o transtorno.

Genéticos e fisiológicos. Obesidade infantil e maturação puberal precoce aumentam o risco de bulimia nervosa. A transmissão familiar do transtorno pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para a perturbação.

Modificadores do curso. A gravidade da comorbidade psiquiátrica prediz uma evolução mais desfavorável de bulimia nervosa no longo prazo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há relatos da ocorrência de bulimia nervosa em frequências relativamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo Estados Unidos, Canadá, muitos países europeus, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Em estudos clínicos de bulimia nervosa nos Estados Unidos, indivíduos com esse transtorno são essencialmente brancos. Entretanto, o transtorno também pode ocorrer em outros grupos étnicos e com uma prevalência comparável às prevalências estimadas em amostras de brancos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A bulimia nervosa é bem mais comum em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino. Os últimos estão especialmente sub-representados nas amostras que buscam tratamento, por razões que ainda não foram examinadas sistematicamente.

Marcadores Diagnósticos

Não existe, atualmente, teste diagnóstico específico para bulimia nervosa. Entretanto, diversas anormalidades laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação e aumentar a certeza diagnóstica, incluindo anormalidades eletrolíticas, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica (nível sérico de bicarbonato elevado), e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com bulimia nervosa exibem níveis ligeiramente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo aumento na isoenzima salivar.

O exame físico geralmente não revela achados físicos. Entretanto, a inspeção da boca pode revelar perda significativa e permanente do esmalte dentário, em especial das superfícies linguais dos dentes da frente devido aos vômitos recorrentes. Esses dentes podem lascar ou parecer desgastados, corroídos e esburacados. A frequência de cáries dentárias também pode ser maior.

Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, sobretudo as glândulas parótidas, podem ficar hipertrofiadas. Indivíduos que induzem vômitos estimulando manualmente o reflexo de vômito podem desenvolver calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram descritas entre pessoas depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir vômitos.

Risco de Suicídio

O risco de suicídio é alto na bulimia nervosa. A avaliação completa de indivíduos com esse transtorno deverá incluir determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.

Consequências Funcionais da Bulimia Nervosa

Indivíduos com bulimia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Uma minoria de pessoas relata prejuízo grave no desempenho de papéis, sendo o domínio social da vida o mais provavelmente afetado de maneira adversa pela bulimia nervosa.

Diagnóstico Diferencial

Anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar purgativa. Indivíduos cujo comportamento alimentar compulsivo ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa recebem o diagnóstico de anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa e não deverão receber o diagnóstico adicional de bulimia nervosa. Para aqueles com diagnóstico inicial de anorexia nervosa com compulsão alimentar purgativa, mas cuja apresentação não satisfaz mais os critérios plenos para anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa (p. ex., quando o peso é normal), um diagnóstico de bulimia nervosa só deverá ser dado quando todos os critérios esse transtorno tiverem sido preenchidos por no mínimo três meses.

Transtorno de compulsão alimentar. Alguns indivíduos apresentam compulsão alimentar, porém não adotam comportamentos compensatórios inapropriados regularmente. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar deve ser considerado.

Síndrome de Kleine-Levin. Em certas condições neurológicas e algumas condições médicas, como a síndrome de Kleine-Levin, existe comportamento de comer perturbado, mas os aspectos psicológicos característicos de bulimia nervosa, como preocupação excessiva com a forma e o peso corporais, não estão presentes.

Transtorno depressivo maior, com aspectos atípicos. A hiperfagia é comum no transtorno depressivo maior com aspectos atípicos, mas os indivíduos com esse transtorno não adotam comportamentos compensatórios indevidos e não exibem a preocupação excessiva com a forma e o peso corporais característica da bulimia nervosa. Se os critérios de ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Transtorno da personalidade *borderline*. O comportamento de compulsão alimentar está incluso no critério de comportamento impulsivo que faz parte do transtorno da personalidade *borderline*. Se os critérios para transtorno da personalidade *borderline* e bulimia nervosa forem satisfeitos, então ambos os diagnósticos devem ser dados.

Comorbidade

A comorbidade com transtornos mentais é comum em indivíduos com bulimia nervosa, com a maioria sofrendo de pelo menos um outro transtorno mental e muitos sofrendo de múltiplas comorbidades. A comorbidade não se limita a algum subgrupo especial, mas passa por uma ampla gama de transtornos mentais. Existe uma frequência maior de sintomas depressivos (p. ex., sentimentos de desvalia) e transtornos bipolares e depressivos (sobretudo transtornos depressivos)

em indivíduos com bulimia nervosa. Em muitos, a perturbação do humor começa concomitantemente ou em seguida ao desenvolvimento de bulimia nervosa, e os indivíduos afetados muitas vezes atribuem suas perturbações do humor a esse transtorno. Entretanto, em algumas pessoas, a perturbação do humor claramente precede o desenvolvimento de bulimia nervosa. Pode haver também frequência maior de sintomas de ansiedade (p. ex., medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Essas perturbações do humor e ansiedade com frequência cedem depois do tratamento efetivo para bulimia nervosa. A prevalência ao longo da vida de uso de substâncias, particularmente álcool ou estimulantes, é de pelo menos 30% entre indivíduos com bulimia nervosa. O uso de estimulantes começa com frequência como uma tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma porcentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa também apresenta aspectos da personalidade que safisfazem os critérios de um ou mais transtornos da personalidade, com mais frequência transtorno da personalidade *borderline*.

Transtorno de Compulsão Alimentar

Critérios Diagnósticos **307.51 (F50.8)**

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
   1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
   2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
   1. Comer mais rapidamente do que o normal.
   2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
   3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
   4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
   5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.

E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Leve: 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.

Moderada: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.

Grave: 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.

Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar são episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses (Critério D). Um "episódio de compulsão alimentar" é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto em que a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica seria considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um "período de tempo determinado" refere-se a um período delimitado, geralmente inferior a duas horas. Não é necessário que um episódio de compulsão alimentar limite-se a um único contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar a comer compulsivamente em um restaurante e depois continuar a comer quando volta para casa. Lanches contínuos em pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar.

Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador da perda de controle é a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de começar. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou depois de, episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar a comer compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um conhecido ou o cônjuge entrar no recinto. Alguns indivíduos relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são mais caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. Se relatarem que desistiram dos esforços para controlar a ingestão, a perda de controle ainda assim pode ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada, em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que pela fissura por um nutriente específico.

É preciso que a compulsão alimentar seja caracterizada por sofrimento marcante (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (Critério B).

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento; e tédio. A compulsão alimentar pode minimimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo, porém a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno de compulsão alimentar ocorre em indivíduos de peso normal ou com sobrepeso e obesos. O transtorno é consistentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento. Contudo, é distinto da obesidade. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Além disso, comparados a indivíduos obesos de peso equivalente sem transtorno de compulsão alimentar, aqueles com o transtorno consomem mais calorias em estudos laboratoriais do comportamento alimentar e têm mais prejuízo funcional, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno de compulsão alimentar entre mulheres e homens adultos norte-americanos (com idade igual ou superior a 18 anos) é de 1,6 e 0,8%, respectivamente. A taxa de gênero é bem menos assimétrica no transtorno de compulsão alimentar do que na bulimia nervosa. Esse transtorno é tão prevalente entre mulheres de minorias raciais e étnicas quanto em mulheres brancas e é mais prevalente entre indivíduos que buscam tratamento para emagrecer do que na população em geral.

Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe a respeito do desenvolvimento do transtorno de compulsão alimentar. Tanto a compulsão alimentar quanto a perda de controle da ingestão sem consumo objetivamente excessivo ocorrem em crianças e estão associadas a maior gordura corporal, ganho de peso e mais sintomas psicológicos. A compulsão alimentar é comum em amostras de adolescentes e de universitários. A ingestão fora de controle ou a compulsão alimentar episódica podem representar uma fase prodrômica dos transtornos alimentares para alguns indivíduos.

A prática de fazer dieta segue o desenvolvimento de compulsão alimentar em muitos indivíduos com o transtorno. (Em contraste com a bulimia nervosa, na qual o hábito disfuncional de fazer dieta geralmente precede o início da compulsão alimentar.) O transtorno começa, em geral, na adolescência ou na idade adulta jovem, mas pode ter início posteriormente, na idade adulta. Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar que buscam tratamento costumam ser mais velhos do que aqueles com bulimia nervosa ou anorexia nervosa que buscam tratamento.

As taxas de remissão tanto em estudos do curso natural quanto nos de tratamento do transtorno são maiores para o transtorno de compulsão alimentar do que para bulimia ou anorexia nervosas. O transtorno de compulsão alimentar parece ser relativamente persistente, e seu curso é comparável ao da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. A mudança diagnóstica de transtorno de compulsão alimentar para outros transtornos alimentares é incomum.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno de compulsão alimentar parece comum em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno de compulsão alimentar ocorre com frequências razoavelmente semelhantes na maioria dos países industrializados, incluindo Estados Unidos, Canadá, muitos países europeus, Austrália e Nova Zelândia. Nos Estados Unidos, a prevalência do transtorno parece comparável entre brancos não latinos, latinos, asiáticos e afro-americanos.

Consequências Funcionais do Transtorno de Compulsão Alimentar

O transtorno de compulsão alimentar está associado a uma gama de consequências funcionais, incluindo problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas e maior utilização associada a serviços de saúde em comparação a controles pareados por índice de massa corporal. O transtorno pode estar associado também a um risco maior de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade.

Diagnóstico Diferencial

Bulimia nervosa. O transtorno de compulsão alimentar tem em comum com a bulimia nervosa o comer compulsivo recorrente, porém difere desta última em alguns aspectos fundamentais. Em termos de apresentação clínica, o comportamento compensatório inapropriado recorrente (p. ex., purgação, exercício excessivo) visto na bulimia nervosa está ausente no transtorno de compulsão alimentar. Diferentemente de indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com transtorno de compulsão alimentar não costumam exibir restrição dietética marcante ou mantida voltada para influenciar o peso e a forma corporais entre os episódios de comer compulsivo. Eles podem, no entanto, relatar tentativas frequentes de fazer dieta. O transtorno de compulsão alimentar também difere da bulimia nervosa em termos de resposta ao tratamento. As taxas de melhora são consistentemente maiores entre indivíduos com transtorno de compulsão alimentar do que entre aqueles com bulimia nervosa.

Obesidade. O transtorno de compulsão alimentar está associado a sobrepeso e obesidade, mas apresenta diversos aspectos-chave distintos da obesidade. Primeiro, os níveis de valorização excessiva do peso e da forma corporais são maiores em indivíduos obesos com o transtorno do que entre aqueles sem o transtorno. Em segundo lugar, as taxas de comorbidade psiquiátrica são significativamente maiores entre indivíduos obesos com o transtorno comparados aos que não o têm. Em terceiro lugar, o sucesso prolongado de tratamentos psicológicos baseados em evidência para o transtorno de compulsão alimentar podem ser contrastados com a ausência de tratamentos eficazes a longo prazo para obesidade.

Transtornos bipolar e depressivo. Aumentos no apetite e ganho de peso estão inclusos nos critérios para episódio depressivo maior e nos especificadores de aspectos atípicos para transtornos depressivo e bipolar. O aumento da ingesta no contexto de um episódio depressivo maior pode ou não estar associado a perda de controle. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos podem ser dados. Compulsão alimentar e outros sintomas da ingestão desordenada são vistos em associação com transtorno bipolar. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem preenchidos, ambos os diagnósticos deverão ser dados.

Transtorno da personalidade *borderline*. A compulsão alimentar está inclusa no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do transtorno da personalidade *borderline*. Se todos os critérios de ambos os transtornos forem preenchidos, então os dois diagnósticos devem ser dados.

Comorbidade

O transtorno de compulsão alimentar está associado a comorbidade psiquiátrica significativa comparável à da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. Os transtornos comórbidos mais comuns são transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e, em um grau menor, transtornos por uso de substância. A comorbidade psiquiátrica está ligada à gravidade da compulsão alimentar, não ao grau de obesidade.

Outro Transtorno Alimentar Especificado

307.59 (F50.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria outro

transtorno alimentar especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno alimentar específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno alimentar especificado", seguido da razão específica (p. ex., "bulimia nervosa de baixa frequência").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno alimentar especificado" incluem os seguintes:

1. **Anorexia nervosa atípica:** Todos os critérios para anorexia nervosa são preenchidos, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo está dentro ou acima da faixa normal.
2. **Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para bulimia nervosa são atendidos, exceto que a compulsão alimentar e comportamentos compensatórios indevidos ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de três meses.
3. **Transtorno de compulsão alimentar (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para transtorno de compulsão alimentar são preenchidos, exceto que a hiperfagia ocorre, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de três meses.
4. **Transtorno de purgação:** Comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a forma do corpo (p. ex., vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar.
5. **Síndrome do comer noturno:** Episódios recorrentes de ingestão noturna, manifestados pela ingestão ao despertar do sono noturno ou pelo consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna. Há consciência e recordação da ingesta. A ingestão noturna não é mais bem explicada por influências externas, como mudanças no ciclo de sono-vigília do indivíduo, ou por normas sociais locais. A ingestão noturna causa sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento. O padrão desordenado de ingestão não é mais bem explicado por transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno mental, incluindo uso de substâncias, e não é atribuível a outro distúrbio médico ou ao efeito de uma medicação.

Transtorno Alimentar Não Especificado

307.50 (F50.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquaer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria transtorno alimentar não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno alimentar específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos da Eliminação

Os transtornos da eliminação envolvem a eliminação inapropriada de urina ou fezes e são habitualmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. Esse grupo de transtornos inclui *enurese*, a eliminação repetida de urina em locais inapropriados, e *encoprese*, a eliminação repetida de fezes em locais inapropriados. São previstos subtipos para diferenciar micção noturna de diurna (i.e., durante as horas de vigília) para enurese e a presença ou ausência de constipação ou incontinência fecal para encoprese. Embora seja exigida uma idade mínima para o diagnóstico de ambos os transtornos, ele se baseia na idade do desenvolvimento, e não exclusivamente na idade cronológica. Os dois transtornos podem ser voluntários ou involuntários. Embora costumem ocorrer separadamente, também podem ser observados concomitantemente.

Enurese

Critérios Diagnósticos **307.6 (F98.0)**

A. Eliminação repetida de urina na cama ou na roupa, voluntária ou involuntária.
B. O comportamento é clinicamente significativo conforme manifestado por uma frequência de no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses consecutivos ou pela presença de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (profissional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. A idade cronológica mínima é de 5 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., diurético, medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (p. ex., diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo).

Determinar o subtipo:

Exclusivamente noturna: Eliminação de urina apenas durante o sono noturno.
Exclusivamente diurna: Eliminação de urina durante as horas de vigília.
Noturna e diurna: Combinação dos dois subtipos.

Subtipos

O subtipo exclusivamente noturno da enurese, às vezes chamado de *enurese monossintomática*, é o mais comum e envolve incontinência apenas durante o sono noturno, geralmente durante o primeiro terço da noite. O subtipo exclusivamente diurno ocorre na ausência de enurese noturna e pode ser chamado simplesmente de *incontinência urinária*. Indivíduos com esse subtipo podem ser divididos em dois grupos: os com "incontinência de urgência" têm sintomas de urgência urinária e instabilidade do detrusor, enquanto aqueles com "adiamento da micção" adiam conscientemente a micção até resultar em incontinência. O subtipo noturno e diurno é também conhecido como *enurese não monossintomática*.

Características Diagnósticas

A característica essencial da enurese é a eliminação repetida de urina durante o dia ou à noite na cama ou na roupa (Critério A). Essa eliminação é mais comumente involuntária, mas, às vezes, pode ser intencional. Para se qualificar para um diagnóstico de enurese, é preciso que a eliminação de urina ocorra no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses consecutivos ou que cause sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (profissional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). É preciso que o indivíduo tenha chegado a uma idade na qual se espera a continência (i.e., uma idade cronológica mínima de 5 anos ou, para crianças com atraso no desenvolvimento, uma idade mental mínima de 5 anos) (Critério C). A incontinência urinária não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., diurético, medicamento antipsicótico) ou a outra condição médica (p. ex., diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo) (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Durante a enurese noturna, a eliminação ocorre ocasionalmente durante o sono de movimentos rápidos dos olhos (REM), e a criança talvez recorde um sonho que envolvia o ato de urinar. Durante a enurese diurna (em vigília), a criança adia a micção até ocorrer a incontinência, às vezes por relutância em usar o banheiro em virtude de ansiedade social ou por preocupação com atividades escolares ou lúdicas. O evento enurético ocorre mais comumente no início da tarde nos dias escolares e pode estar associado a sintomas de comportamento disruptivo. A enurese costuma persistir depois do tratamento apropriado de uma infecção associada.

Prevalência

A prevalência de enurese é de 5 a 10% entre crianças de 5 anos, de 3 a 5% entre crianças de 10 anos e em torno de 1% entre indivíduos com 15 anos ou mais.

Desenvolvimento e Curso

Dois tipos de curso de enurese foram descritos: um tipo "primário", no qual o indivíduo nunca estabeleceu continência urinária, e um tipo "secundário", no qual a perturbação se desenvolve depois de um período de continência urinária estabelecida. Não há diferenças na prevalência de transtornos mentais comórbidos entre os dois tipos. Por definição, a enurese primária começa aos 5 anos de idade. A faixa etária mais comum de início da enurese secundária é entre 5 e 8 anos, mas ela pode ocorrer em qualquer idade. Depois dos 5 anos, a taxa de remissão espontânea é de 5 a 10% por ano. A maioria das crianças com o transtorno torna-se continente até a adolescência, mas em aproximadamente 1% dos casos o transtorno continua até a idade adulta. A enurese diurna é incomum depois dos 9 anos de idade. Enquanto a incontinência diurna ocasional não é incomum na infância intermediária, ela é substancialmente mais comum nos indivíduos que já têm também enurese noturna persistente. Quando a enurese persiste até o fim da infância ou da adolescência, a frequência da incontinência pode aumentar, enquanto a continência na primeira infância geralmente está associada a uma frequência descrescente de enurese noturna.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Uma série de fatores predisponentes para enurese foi sugerida, incluindo treinamento atrasado ou inexistente do controle esfincteriano e estresse psicossocial.

Genéticos e fisiológicos. A enurese foi associada a atrasos no desenvolvimento dos ritmos circadianos normais da produção de urina, resultando em poliúria noturna ou anormalidades da

sensibilidade do receptor central de vasopressina, bem como em capacidades funcionais reduzidas da bexiga com hiper-reatividade vesical (síndrome da bexiga instável). A enurese noturna é um distúrbio heterogêneo em termos genéticos. A herdabilidade tem sido demonstrada em análises de famílias, de gêmeos e de segregação. O risco de enurese noturna na infância é 3,6 vezes maior na prole de mães enuréticas e 10,1 vezes maior na presença de incontinência urinária paterna. As magnitudes do risco de enurese noturna e incontinência diurna são semelhantes.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A enurese tem sido relatada em vários países europeus, africanos e asiáticos, bem como nos Estados Unidos. No contexto nacional, as taxas de prevalência são consideravelmente similares, e existe grande semelhança nas trajetórias de desenvolvimento encontradas em diferentes países. As taxas de enurese em orfanatos e em outros abrigos são muito altas, provavelmente em virtude da maneira e do ambiente nos quais ocorre o treinamento do controle esfincteriano.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A enurese noturna é mais comum em indivíduos do sexo masculino, e a incontinência diurna é mais comum nos do feminino. O risco relativo de ter um filho que desenvolva enurese é maior para pais com história de enurese do que para mães com a mesma história.

Consequências Funcionais da Enurese

O grau de prejuízo associado à enurese está relacionado às limitações nas atividades sociais da criança (p. ex., incapacidade para dormir fora de casa), a efeitos na autoestima, ao nível de rejeição social pelos pares, além de a raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores.

Diagnóstico Diferencial

Bexiga neurogênica ou outra condição médica. O diagnóstico de enurese não é feito na presença de bexiga neurogênica ou de outra condição médica que cause poliúria ou urgência (p. ex., diabetes melito não tratado ou diabetes insípido) ou durante infecção aguda do trato urinário. Entretanto, um diagnóstico é compatível com tais condições se a incontinência urinária estiver regularmente presente antes do desenvolvimento de outra condição médica ou se persistir depois da instituição de tratamento apropriado da condição médica.

Efeitos colaterais de medicamentos. A enurese pode ocorrer durante o tratamento com medicamentos antipsicóticos, diuréticos ou outras medicações com potencial de induzir incontinência. Nesse caso, o diagnóstico não deverá ser feito isoladamente, mas pode ser apontado como efeito colateral do medicamento. Entretanto, o diagnóstico de enurese pode ser feito se a incontinência urinária estiver presente regularmente antes do tratamento com o medicamento.

Comorbidade

Embora a maioria das crianças com enurese não tenha um transtorno mental comórbido, a prevalência de sintomas comportamentais comórbidos é maior em crianças com enurese do que naquelas sem a doença. Atrasos no desenvolvimento, incluindo atrasos nas habilidades de fala, linguagem, aprendizagem e motoras, também estão presentes em uma parcela de crianças com enurese. Encoprese, sonambulismo e transtorno de terror noturno também podem estar presentes. Infecções do trato urinário são mais comuns em crianças com enurese, especialmente do subtipo diurno, do que em crianças continentes.

Encoprese

Critérios Diagnósticos **307.7 (F98.1)**

A. Eliminação intestinal repetida de fezes em locais inapropriados (p. ex., roupa, chão), voluntária ou involuntária.
B. Pelo menos um evento desse tipo ocorre a cada mês por pelo menos três meses.
C. A idade cronológica mínima é de 4 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., laxantes) ou a outra condição médica, exceto por um mecanismo envolvendo constipação.

Determinar o subtipo:

Com constipação e incontinência por extravasamento: Há evidência de constipação no exame físico ou pela história.

Sem constipação e incontinência por extravasamento: Não há evidência de constipação no exame físico ou pela história.

Subtipos

As fezes no subtipo com constipação e incontinência por extravasamento são caracteristicamente (mas não invariavelmente) malformadas, e o extravasamento pode ser infrequente a contínuo, ocorrendo sobretudo durante o dia e raramente durante o sono. Apenas parte das fezes é evacuada durante a ida ao banheiro, e a incontinência cede depois do tratamento da constipação.

No subtipo sem constipação e incontinência por extravasamento, é provável que as fezes tenham forma e consistência normais, e a defecação é intermitente. As fezes podem ser depositadas em um local destacado, o que normalmente está associado à presença de transtorno de oposição desafiante ou transtorno da conduta, ou pode ser consequência de masturbação anal. A incontinência fecal sem constipação parece ser menos comum do que a incontinência com constipação.

Características Diagnósticas

O aspecto característico da encoprese é a eliminação repetida de fezes em locais inapropriados (p. ex., roupa ou chão) (Critério A). Com mais frequência, essa eliminação é involuntária, porém ocasionalmente pode ser intencional. É preciso que o evento ocorra no mínimo uma vez por mês durante pelo menos três meses (Critério B) e que a idade cronológica da criança seja de no mínimo 4 anos (ou, no caso de crianças com atraso no desenvolvimento, a idade mental deve ser de pelo menos 4 anos) (Critério C). A incontinência fecal não deve ser atribuível exclusivamente aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., laxantes) ou a outra condição médica, exceto por um mecanismo envolvendo constipação (Critério D).

Quando a eliminação de fezes é involuntária e não intencional, com frequência está relacionada a constipação, impactação e retenção com extravasamento subsequente. A constipação pode se desenvolver por razões psicológicas (p. ex., ansiedade a respeito de defecar em um determinado local, um padrão mais generalizado de comportamento ansioso ou opositivo), levando à evitação de defecar. Predisposições fisiológicas à constipação incluem uma força de defecação ineficaz ou uma dinâmica de defecação paradoxal, com contração em vez de relaxamento do esfíncter externo ou do assoalho pélvico durante o esforço para defecar. A desidratação associada a enfermidade febril, hipotireoidismo ou um efeito colateral de medicação também pode induzir constipação. Uma vez desenvolvida, a constipação pode ser complicada por fissura anal, defecação dolorosa e mais retenção fecal. A consistência das fezes pode variar. Em alguns indivíduos, podem ter consistência normal ou quase normal. Em outros – como os que sofrem de incontinência por extravasamento secundário a retenção fecal –, podem ser líquidas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A criança com encoprese frequentemente se sente envergonhada e pode desejar evitar situações (p. ex., acampamento, escola) que possam causar constrangimentos. O grau de prejuízo depende do efeito na autoestima da criança, do nível de rejeição social pelos pares e da raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores. Sujar-se com fezes pode ser um ato deliberado ou acidental, resultando da tentativa da criança de limpar ou esconder fezes que foram evacuadas involuntariamente. Quando a incontinência é claramente deliberada, aspectos do transtorno de oposição desafiante ou do transtorno da conduta podem também estar presentes. Muitas crianças com encoprese e constipação crônica também apresentam sintomas de enurese e podem ter refluxo vesicoureteral, que pode levar a infecções urinárias crônicas, cujos sintomas podem ceder com o tratamento da constipação.

Prevalência

Estima-se que aproximadamente 1% das crianças de 5 anos de idade tenham encoprese, e o transtorno é mais comum no sexo masculino do que no feminino.

Desenvolvimento e Curso

A encoprese não é diagnosticada até a criança ter chegado a uma idade cronológica mínima de 4 anos (ou, no caso de crianças com atraso no desenvolvimento, uma idade mental de no mínimo 4 anos). O treinamento inadequado do controle esfincteriano e estresses psicológicos (p. ex., entrada na escola, nascimento de irmão) podem ser fatores predisponentes. Dois tipos de curso foram descritos: um tipo "primário", no qual o indivíduo jamais chegou a estabelecer a continência fecal, e um tipo "secundário", no qual a perturbação se desenvolve depois de um período de continência fecal estabelecida. A encoprese pode persistir, com exacerbações intermitentes, por anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A defecação dolorosa pode levar a constipação e a um ciclo de comportamentos de retenção que tornam a encoprese mais provável. O uso de medicamentos (p. ex., anticonvulsivantes, antitussígenos) pode aumentar a constipação e também tornar a encoprese mais provável.

Marcadores Diagnósticos

Além do exame físico, exames de imagem gastrintestinais (p. ex., radiografia abdominal) podem ser informativos para determinar fezes retidas e gás no colo. Testes adicionais, como enema de bário e manometria anorretal, podem ser usados para ajudar a excluir outras condições médicas, como a doença de Hirschsprung.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de encoprese na presença de outra condição médica é adequado apenas se o mecanismo envolver constipação que não possa ser explicada por outras condições médicas. Incontinência fecal relacionada a outras condições médicas (p. ex., diarreia crônica, espinha bífida, estenose anal) não justificaria um diagnóstico de encoprese do DSM-5.

Comorbidade

Infecções do trato urinário podem ser comórbidas com encoprese e são mais comuns no sexo feminino.

Outro Transtorno da Eliminação Especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno da eliminação que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos da eliminação. A categoria outro transtorno da eliminação especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno da eliminação específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno da eliminação especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "enurese de baixa frequência").

Nota para codificação: Código **788.39 (N39.498)** para outro transtorno da eliminação especificado com sintomas urinários; **787.60 (R15.9)** para outro transtorno da eliminação especificado com sintomas fecais.

Transtorno da Eliminação Não Especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno da eliminação que causam prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos da eliminação. A categoria transtorno da eliminação não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno da eliminação específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p.ex., em salas de emergência).

Nota para codificação: Código **788.30 (R32)** para transtorno da eliminação não especificado com sintomas urinários; **787.60 (R15.9)** para transtorno da eliminação não especificado com sintomas fecais.

Transtornos do Sono-Vigília

A classificação dos transtornos do sono-vigília do DSM-5 destina-se ao uso de clínicos de saúde mental e de clínicos gerais (médicos que cuidam de pacientes adultos, geriátricos e pediátricos). Os transtornos do sono-vigília abrangem 10 transtornos ou grupos de transtornos: transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtornos de despertar do sono não REM (*rapid eye movement* – movimentos rápidos dos olhos), transtorno do pesadelo, transtorno comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/medicamento. Geralmente, os indivíduos com esses tipos de transtorno apresentam-se com queixas de insatisfação envolvendo a qualidade, o tempo e a quantidade de sono. O sofrimento e o prejuízo resultantes durante o dia são características centrais compartilhadas por todos esses transtornos.

O objetivo da organização deste capítulo é facilitar o diagnóstico diferencial de queixas envolvendo o sono-vigília e esclarecer o momento mais adequado para encaminhar o paciente a um especialista a fim de que seja feita uma avaliação adicional e o planejamento do tratamento. A nosologia dos transtornos do sono do DSM-5 utiliza uma abordagem simples e bastante útil do ponto de vista clínico, ao mesmo tempo que reflete os avanços científicos em epidemiologia, genética, fisiopatologia, avaliação e pesquisas com intervenções que ocorreram a partir do DSM-IV. Em alguns casos (p. ex., transtorno de insônia), foi adotada uma abordagem de "agrupar", enquanto em outros (p. ex., narcolepsia), foi adotada uma abordagem de "dividir", refletindo a disponibilidade de validadores derivados de pesquisas epidemiológicas, neurobiológicas ou com intervenções.

Com frequência, os transtornos do sono são acompanhados de depressão, ansiedade e alterações cognitivas, que deverão ser incluídos no planejamento e no gerenciamento do tratamento. Além disso, os distúrbios persistentes do sono (tanto insônia como sonolência excessiva) são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento subsequente de doenças mentais e de transtornos causados pelo uso de substâncias. Eles podem também representar uma expressão prodrômica de um episódio de doença mental, possibilitanto uma intervenção precoce para prevenir ou atenuar um episódio completo.

O diagnóstico diferencial de queixas relacionadas ao sono-vigília exige o uso de abordagens multidimensionais, levando-se em consideração a possível coexistência de condições médicas e neurológicas. A regra, e não a exceção, é a coexistência de condições clínicas. As perturbações do sono são indicadores clínicos úteis de condições médicas e neurológicas que, com frequência, coexistem com depressão e outros transtornos mentais comuns. Transtornos do sono relacionados à respiração, distúrbios cardíacos e pulmonares (p. ex., insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica), distúrbios neurodegenerativos (p. ex., doença de Alzheimer) e distúrbios do sistema musculoesquelético (p. ex., osteoartrite) são as condições que mais se destacam entre essas comorbidades. Esses distúrbios não apenas perturbam o sono como também podem se agravar durante ele (p. ex., apneias prolongadas ou arritmias eletrocardiográficas durante o sono REM; despertares que causam confusão em pacientes portadores de doença que provoca insanidade mental; convulsões em pessoas que sofrem convulsões parciais complexas). Com frequência, o transtorno comportamental do sono REM é um indicador precoce de distúrbios neurodegenerativos (alfa-sinucleinopatias), como a doença de Parkinson. Por todas essas razões – relacionadas ao diagnóstico diferencial, à comorbidade clínica e à simplificação do planejamento do tratamento –, os transtornos do sono foram incluídos no DSM-5.

A abordagem utilizada na classificação dos transtornos do sono no DSM-5 deve ser analisada no contexto de visão "agrupando *versus* dividindo", para facilitar a compreensão. O DSM-IV foi um grande esforço para simplificar a classificação dos transtornos do sono-vigília e, como tal, agre-

gou diagnósticos com características menos diferenciadas e mais amplas. Já a segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) elaborou inúmeros subtipos diagnósticos. O DSM-IV foi preparado para ser utilizado por clínicos de saúde mental e por clínicos gerais, que não eram especialistas em medicina do sono. A CIDS-2 refletia a ciência e as opiniões da comunidade de especialistas do sono e foi preparada com foco nesse grupo de profissionais.

O peso das evidências disponíveis dá suporte às características de desempenho superior (confiabilidade entre avaliadores, bem como validade convergente, discriminante e aparente) de abordagens mais simples e menos diferenciadas ao diagnóstico de transtornos do sono. O texto que acompanha cada grupo de critérios diagnósticos estabelece vínculos ao transtorno correspondente na CIDS-2. A classificação de transtornos do sono do DSM-5 especifica também as listagens não psiquiátricas correspondentes (p. ex., códigos neurológicos) da *Classificação internacional de doenças* (CID).

O campo da medicina de transtornos do sono evoluiu nessa direção desde a publicação do DSM-IV. O uso de validadores biológicos foi incorporado na classificação de transtornos do sono do DSM-5, particularmente para transtornos de sonolência excessiva, como a narcolepsia; para transtornos do sono relacionados à respiração, para os quais são indicados estudos formais do sono (i.e., polissonografia); assim como para a síndrome das pernas inquietas, que, com frequência, pode coexistir com movimentos periódicos dos membros durante o sono, detectáveis pela polissonografia.

Transtorno de Insônia

Critérios Diagnósticos **307.42 (F51.01)**

A. Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. Dificuldade para iniciar o sono (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para iniciar o sono sem intervenção de cuidadores).
   2. Dificuldade para manter o sono, que se caracteriza por despertares frequentes ou por problemas para retornar ao sono depois de cada despertar (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para retornar ao sono sem intervenção de cuidadores).
   3. Despertar antes do horário habitual com incapacidade de retornar ao sono.

B. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem pelo menos três noites por semana.

D. As dificuldades relacionadas ao sono permanecem durante pelo menos três meses.

E. As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir.

F. A insônia não é mais bem explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono-vigília (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).

G. A insônia não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos).

H. A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia.

Especificar se:

Com comorbidade mental causada por transtorno não relacionado ao sono, incluindo transtornos por uso de substâncias.

Com outra comorbidade médica

Com outro transtorno do sono

Nota para codificação: O código 780.52 (G47.00) aplica-se a todos os três especificadores. Codificar também o transtorno mental associado relevante, condição médica ou qualquer outro transtorno do sono imediatamente depois do código do transtorno de insônia, a fim de indicar a associação.

Especificar se:

Episódico: Os sintomas duram pelo menos um mês, porém menos que três meses.

Persistente: Os sintomas duram três meses ou mais.

Recorrente: Dois (ou mais) episódios dentro do espaço de um ano.

Nota: Insônia aguda e insônia de curto prazo (p. ex., sintomas durando menos de três meses, porém que atendem todos os critérios relacionados a frequência, intensidade, sofrimento e/ou prejuízos) devem ser codificadas como outro transtorno de insônia especificado.

Nota. O diagnóstico do transtorno de insônia poderá ser obtido se ocorrer como condição independente ou se for comórbido com outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior), condição médica (p. ex., dor) ou qualquer outro transtorno do sono (p. ex., transtorno do sono relacionado à respiração). Por exemplo, a insônia poderá desenvolver seu próprio curso com algumas características de ansiedade e depressão, porém sem atender aos critérios de nenhum transtorno mental. A insônia pode manifestar-se também como a característica clínica de qualquer transtorno mental predominante. A insônia persistente poderá até ser um fator de risco para depressão e ser um sintoma residual comum depois do tratamento dessa condição. No caso de insônia comórbida com um transtorno mental, o tratamento também pode focar nas duas condições. Com frequência, levando-se em consideração esses cursos distintos, é impossível estabelecer a natureza precisa da relação entre essas entidades clínicas, e, além disso, essa relação poderá se alterar ao longo do tempo. Portanto, na presença de insônia e de um transtorno comórbido, não é necessário estabelecer uma relação causal entre as duas condições. Ao contrário, o diagnóstico do transtorno de insônia é feito com especificação simultânea das condições clínicas comórbidas. Um diagnóstico concomitante de insônia deve ser somente considerado quando a insônia for suficientemente grave para justificar atenção clínica independente; caso contrário, não é necessário fazer diagnósticos separados.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de insônia é a insatisfação com a quantidade ou a qualidade do sono e queixas de dificuldade para iniciar ou manter o sono. As queixas de sono são acompanhadas de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A perturbação do sono pode ocorrer durante o curso de outro transtorno mental ou condição médica ou de forma independente.

Diferentes manifestações de insônia podem ocorrer em horários distintos do período de sono. *Insônia na fase inicial do sono* (*ou insônia inicial*) envolve a dificuldade em conciliar o sono na hora de dormir. *Insônia de manutenção do sono* (ou *insônia intermediária*) caracteriza-se por despertares frequentes ou prolongados durante a noite. *Insônia terminal* envolve o despertar antes do horário habitual e a incapacidade para retornar ao sono. A dificuldade em manter o sono é o sintoma mais comum de insônia, seguida pela dificuldade em conciliar o sono, enquanto a combinação desses dois sintomas é a apresentação geral mais comum. Com frequência, o tipo específico de queixa de sono varia ao longo do tempo. Indivíduos que se queixam de dificuldade em conciliar o sono em um determinado momento poderão, mais tarde, queixar-se da dificuldade em manter o sono, e vice-versa. Os sintomas das dificuldades em conciliar o sono e em mantê-lo poderão ser quantificados pelos relatos retrospectivos de cada indivíduo, por diários de sono ou por quaisquer outros métodos, tais como actigrafia ou polissonografia, embora o diagnóstico de transtorno de insônia se baseie na percepção individual subjetiva ou em relatos de cuidadores.

Sono não reparador. Queixa de má qualidade do sono pela qual o indivíduo se sente cansado ao levantar-se a despeito do tempo adequado de duração do sono; geralmente é uma queixa comum relacionada ao sono que ocorre em associação com a dificuldade em conciliar ou em manter o sono; com menos frequência, pode ser isolada. Existem também relatos dessa queixa em associação com outros transtornos do sono (p. ex., transtorno do sono relacionado à respiração). Nas situações em que o sono não reparador ocorrer isoladamente (i.e., ausência de dificuldades em conciliar e/ou em manter o sono), embora, mesmo assim, sejam atendidos todos os critérios diagnósticos no que diz respeito a frequência, duração, sofrimento e prejuízos durante o dia, o diagnóstico será de outro transtorno de insônia especificado ou transtorno de insônia não especificado.

Além dos critérios de frequência e duração necessários para fazer o diagnóstico, critérios adicionais são úteis para quantificar a gravidade da insônia. Esses critérios quantitativos, embora arbitrários, servem apenas para fins ilustrativos. Por exemplo, a dificuldade em conciliar o sono é definida por um período de latência subjetivo superior a 20 a 30 minutos, e a dificuldade em manter o sono é definida por um período subjetivo maior que 20 a 30 minutos em que o indivíduo permanece desperto após iniciar o sono. Embora não exista nenhuma definição-padrão para despertar *antes do horário habitual*, esse sintoma envolve o despertar pelo menos 30 minutos antes do horário programado e antes de o tempo total de sono atingir 6 horas e meia. É essencial levar em consideração não apenas o tempo final para despertar como também o horário de dormir na noite anterior. Despertar às 4 horas não tem o mesmo significado clínico para as pessoas que vão deitar às 21 horas em comparação com aquelas que se recolhem ao leito às 23 horas. Esse sintoma pode refletir também uma redução na capacidade de manter o sono relacionada à idade ou uma mudança associada à idade em relação ao tempo de duração do período principal de sono.

O transtorno de insônia envolve prejuízos estruturais ou funcionais durante o dia, assim como dificuldades para conciliar o sono durante a noite. Isso inclui fadiga ou, com menos frequência, sonolência durante o dia, que é mais comum entre indivíduos mais velhos e nos casos em que a insônia é comórbida com outra condição médica (p. ex., dor crônica) ou com algum transtorno do sono (p. ex., apneia do sono). Os prejuízos no desempenho cognitivo podem incluir dificuldades com atenção, concentração e memória e mesmo na execução das habilidades manuais mais simples. Geralmente, as perturbações associadas ao humor são descritas como irritabilidade ou labilidade do humor e, com menor frequência, como sintomas de depressão ou de ansiedade. Nem todos os indivíduos com perturbações noturnas no sono apresentam algum desconforto ou prejuízos funcionais. Por exemplo, com frequência, a continuidade do sono é interrompida em adultos mais velhos saudáveis que, mesmo assim, identificam a si próprios como pessoas que dormem bem. O diagnóstico de transtorno de insônia deve ser reservado para pessoas com sofrimento ou com prejuízos estruturais/funcionais significativos durante o dia relacionados à dificuldade de conciliar o sono durante a noite.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Com frequência, a insônia está associada a um estado de alerta fisiológico e cognitivo e a fatores condicionantes que interferem no sono. A preocupação com o sono e com o desconforto causado pela incapacidade de dormir pode levar a um círculo vicioso: o esforço que um indivíduo faz para dormir aumenta a frustração, além de prejudicar o sono. Consequentemente, atenção e esforços excessivos para dormir, que acabam predominando sobre os mecanismos normais da fase inicial do sono, podem contribuir para o desenvolvimento de insônia. Indivíduos com insônia persistente podem também adquirir hábitos inadequados em relação ao sono (p. ex., permanecer tempo excessivo na cama; seguir um horário irregular de sono; cochilar) e cognições (p. ex., medo de insônia; apreensão decorrente de problemas enfrentados durante o dia; monitoramento do relógio) ao longo do curso do transtorno. Envolver-se em tais atividades em um ambiente no qual se tenha frequentemente passado noites insones poderá complicar ainda mais as vigílias condicionadas e perpetuar as dificuldades em conciliar o sono. Entretanto, o indivíduo poderá dormir com mais facilidade se não insistir nas tentativas de conciliar o sono. Algumas pessoas percebem melhoras na qualidade do sono quando estão distantes do quarto de dormir e das rotinas habituais.

A insônia pode ser acompanhada de uma grande variedade de queixas e de sintomas diurnos, incluindo fadiga, energia diminuída e perturbações do humor. Sintomas de ansiedade ou de depressão que não atendem aos critérios para um transtorno mental específico são comuns, assim como um foco excessivo nos efeitos percebidos da perda de sono no funcionamento durante o dia.

Indivíduos com insônia podem apresentar pontuações elevadas nos inventários psicológicos ou de personalidade autoaplicáveis, com perfis indicando níveis leves de depressão e de ansiedade; estilo cognitivo preocupado; estilo de solução de conflitos focado nas emoções e com base na internalização; e foco somático. Os padrões de prejuízos neurocognitivos entre indivíduos com transtorno de insônia são inconsistentes, embora possa ocorrer comprometimento na execução de tarefas de alta complexidade e de tarefas que exijam alterações frequentes nas estratégias de execução. Com frequência, indivíduos com insônia necessitam de mais esforço para manter o desempenho cognitivo.

Prevalência

As estimativas com base na população indicam que cerca de um terço dos adultos relata sintomas de insônia, 10 a 15% experimentam prejuízos diurnos associados, e 6 a 10% apresentam sintomas que atendem aos critérios do transtorno de insônia. O transtorno de insônia é o mais prevalente entre todos os transtornos do sono. Nos ambientes de tratamento primário, aproximadamente 10 a 20% dos indivíduos se queixam de sintomas significativos de insônia. Queixa de insônia é mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino, com uma razão entre gêneros em torno de 1,44:1. Embora, possivelmente, seja um sintoma ou um transtorno independente, a insônia é observada com maior frequência como uma condição comórbida com outra condição médica ou com algum transtorno mental. Por exemplo, 40 a 50% dos indivíduos com insônia apresentam também transtorno mental comórbido.

Desenvolvimento e Curso

Embora o início dos sintomas de insônia possa ocorrer em qualquer momento ao longo da vida, o primeiro episódio é mais comum em adultos jovens. Com menos frequência, a insônia inicia na infância ou na adolescência. Nas mulheres, o início da insônia pode ocorrer durante a menopausa e persistir mesmo depois da resolução de outros sintomas (p. ex., fogachos). A insônia pode iniciar em um período mais tardio da vida, o que está frequentemente associado ao início de outras condições relacionadas à saúde.

A insônia pode ser ocasional, persistente ou recorrente. Geralmente, a insônia ocasional, ou aguda, dura alguns dias ou algumas semanas e costuma estar associada a eventos que ocorrem na vida ou a alterações rápidas nos horários ou no ambiente de sono. De maneira geral, esse tipo de insônia desaparece logo após a regressão do evento precipitante inicial. No caso de alguns indivíduos, talvez aqueles mais vulneráveis às perturbações do sono, a insônia poderá persistir por muito tempo após o evento desencadeador inicial, possivelmente por causa de fatores condicionantes e da intensificação do estado de vigília. Os fatores que precipitam a insônia são distintos daqueles que a perpetuam. Por exemplo, um indivíduo acamado em virtude de alguma lesão dolorosa e que tenha dificuldade para dormir poderá desenvolver posteriormente associações negativas em relação ao sono. A vigília condicionada poderá persistir depois e levar à insônia persistente. Um curso semelhante pode desenvolver-se no contexto de estresse psicológico agudo ou de algum transtorno mental. Por exemplo, a insônia que ocorre durante o episódio de um transtorno depressivo grave pode se tornar um foco de atenção, com condicionamento negativo consequente, e persistir mesmo depois da resolução do episódio depressivo. Em alguns casos, o início da insônia pode ser insidioso, sem nenhum fator precipitante identificável.

O curso da insônia pode também ser episódico, com episódios recorrentes de dificuldades para dormir associados à ocorrência de eventos estressantes. As taxas de cronicidade variam de 45 a 75% nos acompanhamentos por períodos de 1 a 7 anos. Mesmo nas situações em que a insônia se tornar crônica, ocorrem variações noturnas nos padrões de sono, com intercalação de um sono reparador ocasional com várias noites de sono de má qualidade. As características da insônia também podem se alterar ao longo do tempo. Muitos indivíduos apresentam história de sono "leve" ou facilmente perturbado antes do desenvolvimento de problemas mais persistentes.

As queixas de insônia prevalecem mais entre adultos de meia-idade e adultos mais velhos. Os tipos de sintomas de insônia variam em função da idade, sendo que as dificuldades para conciliar o sono são mais comuns entre adultos jovens, e os problemas de manutenção do sono ocorrem com mais frequência entre indivíduos na meia-idade e idosos.

Embora as dificuldades para conciliar e manter o sono também ocorram em crianças e adolescentes, os dados sobre prevalência, fatores de risco e comorbidade durante essas fases do desenvolvimento são mais limitados. As dificuldades relacionadas ao sono na infância resultam de fatores condicionantes (p. ex., crianças que não aprendem a pegar no sono ou a retornar ao sono sem a presença de um dos pais) ou da ausência de horários consistentes para dormir e de rotinas na hora de deitar. Com frequência, a insônia na adolescência é desencadeada ou exacerbada por horários irregulares para dormir (p. ex., atraso de fase). Tanto em crianças como em adolescentes fatores psicológicos e médicos podem contribuir para a insônia.

O aumento na prevalência de insônia em adultos mais velhos explica-se parcialmente pela maior incidência de problemas físicos de saúde com o envelhecimento. As alterações nos padrões de sono associadas ao processo normal de desenvolvimento devem ser diferenciadas daquelas que excedem as alterações relacionadas à idade. Embora seu valor seja limitado nas avaliações rotineiras, a polissonografia pode ser mais útil no diagnóstico diferencial entre adultos mais velhos, pois as etiologias da insônia (p. ex., apneia do sono) são mais frequentemente identificáveis em indivíduos mais velhos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Embora os fatores de risco e prognóstico discutidos nesta seção aumentem a vulnerabilidade para insônia, as perturbações do sono são mais prováveis quando indivíduos predispostos são expostos a eventos precipitantes, tais como eventos marcantes na vida (p. ex., doença, separação) ou estresses diários menos graves, porém mais crônicos. A maior parte das pessoas retoma os padrões normais de sono depois de o evento desencadeador inicial ter desaparecido, embora outras – talvez aquelas mais vulneráveis à insônia – continuem vivenciando dificuldades persistentes do sono. Fatores perpetuadores, tais como maus hábitos ao dormir, horário irregular do sono e medo de não conciliar o sono, agravam o problema de insônia e podem contribuir com o círculo vicioso, que poderá induzir insônia permanente.

Temperamentais. Ansiedade, estilos cognitivos ou personalidade propensa a preocupações, maior predisposição para despertar e tendência para reprimir emoções podem aumentar a vulnerabilidade à insônia.

Ambientais. Ruído, iluminação, temperaturas desconfortavelmente elevadas ou baixas e altitudes elevadas também podem aumentar a vulnerabilidade à insônia.

Genéticos e fisiológicos. Sexo feminino e idade avançada estão associados a aumento na vulnerabilidade à insônia. Sono interrompido e insônia podem revelar disposição familiar. A prevalência de insônia é mais elevada entre gêmeos monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos; é mais elevada também em membros da família com parentesco de primeiro grau em comparação com a população em geral. Ainda permanece indeterminada a extensão na qual essa ligação é herdada por predisposição genética, aprendida por observações de modelos parentais ou estabelecida como um subproduto de outra psicopatologia.

Modificadores do curso. Os modificadores do curso que causam prejuízos incluem práticas inadequadas de higiene do sono (p. ex., uso excessivo de cafeína, horários irregulares para dormir).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A queixa de insônia é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino, com início geralmente associado ao nascimento de um novo filho ou à menopausa. Apesar da prevalência mais elevada entre as mulheres mais velhas, estudos polissonográficos sugerem que há melhor preservação da continuidade do sono e sono de ondas lentas em mulheres mais velhas do que em homens mais velhos.

Marcadores Diagnósticos

Em geral, a polissonografia mostra a presença de prejuízos na continuidade do sono (p. ex., aumento na latência do sono e no tempo para despertar e redução na eficiência do sono [percentual de tempo adormecido na cama]) e pode revelar também aumento no estágio 1 e diminuição nos estágios 3 e 4 do sono. A gravidade desses prejuízos no sono nem sempre coincide com a apresentação clínica do indivíduo ou com queixas subjetivas de sono de má qualidade, tendo em vista que, com frequência, os indivíduos com insônia subestimam a duração do sono e superestimam a vigília em relação à polissonografia. Análises eletrencefalográficas quantitativas indicam que pessoas com insônia apresentam maior intensidade de sinais eletrencefalográficos de alta potência do que aquelas que dormem bem no período de início do sono e durante o sono com movimentos não rápidos dos olhos, uma característica que sugere aumento na excitação cortical. Indivíduos com transtorno de insônia podem ter menor propensão para conciliar o sono e, geralmente, não apresentam aumento

na sonolência durante o dia em medições laboratoriais objetivas do sono em comparação com indivíduos sem transtornos do sono.

Outros tipos de medição laboratorial mostram evidências, embora não consistentes, de aumento na excitação e de uma ativação generalizada do eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal (p. ex., elevação nos níveis de cortisol, variabilidade na frequência cardíaca, reatividade ao estresse, taxa metabólica). De maneira geral, os achados são consistentes com a hipótese de que aumentos na excitação fisiológica e cognitiva desempenham papel relevante no transtorno de insônia.

Aparentemente, indivíduos com o transtorno de insônia parecem fatigados ou abatidos ou, ao contrário, superexcitados e "ligados". No entanto, o exame físico não revela a presença de nenhuma anormalidade característica ou consistente. Possivelmente ocorra aumento na incidência de sintomas psicofisiológicos relacionados ao estresse (p. ex., cefaleia por tensão, tensão ou dor muscular, sintomas gastrintestinais).

Consequências Funcionais do Transtorno de Insônia

Problemas interpessoais, sociais e profissionais poderão ocorrer como resultado de insônia ou de preocupação excessiva com o sono, aumento na irritabilidade diurna e má concentração. Redução da atenção e da concentração é comum e pode estar relacionada a taxas mais elevadas de acidentes observadas em casos de insônia. A insônia persistente também está associada a consequências de longo prazo, incluindo aumento no risco de transtornos depressivos graves, hipertensão e infarto do miocárdio; absenteísmo elevado e produtividade reduzida no trabalho; qualidade de vida insatisfatória; e aumento nos problemas econômicos.

Diagnóstico Diferencial

Variações no sono normal. A duração do sono normal varia consideravelmente entre os indivíduos. Alguns que dormem pouco ("pessoas com sono curto") preocupam-se com o tempo de duração do sono. Pessoas com sono curto são diferentes daquelas com transtorno de insônia pela ausência de dificuldade de conciliar o sono ou de permanecerem adormecidas e pela ausência de sintomas diurnos típicos (p. ex., fadiga, problemas de concentração, irritabilidade). Entretanto, algumas pessoas com sono curto que desejam ou tentam dormir por um período de tempo mais longo, prolongando o tempo de permanência na cama, podem criar um padrão de sono semelhante à insônia. A insônia clínica também deve ser distinguida de alterações normais no sono associadas à idade. Da mesma forma, é importante distinguir insônia de privação do sono causada por oportunidades ou circunstâncias inadequadas para dormir resultantes, por exemplo, de alguma emergência ou de compromissos profissionais ou familiares que forçam o indivíduo a permanecer acordado.

Insônia situacional/aguda. *Insônia situacional/aguda* é uma condição cuja duração varia de alguns dias a algumas semanas, em geral associada a eventos da vida ou a alterações nos horários do sono. Esses sintomas de insônia aguda ou de curto prazo podem produzir também desconforto significativo e interferir nas funções sociais, pessoais e profissionais. Nas situações em que esses sintomas forem suficientemente frequentes e atenderem a todos os outros critérios, excetuando-se a duração de três meses, o diagnóstico será de outro transtorno de insônia especificado ou de transtorno de insônia não especificado.

Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano tipo fase do sono atrasada e tipo trabalho em turnos. Indivíduos com transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano do tipo fase do sono atrasada relatam a presença de insônia na fase inicial do sono somente nas situações em que tentam dormir em horários socialmente normais, porém não fazem nenhuma referência a dificuldades em conciliar o sono ou em permanecer adormecidos quando os horários de dormir e acordar atrasam ou coincidem com o ritmo circadiano endógeno. O tipo trabalho em turnos difere do transtorno de insônia pela história de recente mudança no horário de trabalho.

Síndrome das pernas inquietas. Com frequência, a síndrome das pernas inquietas cria dificuldades para iniciar e manter o sono. No entanto, a necessidade de movimentar as pernas, acompanhada de quaisquer sensações desconfortáveis, é uma característica que distingue esse transtorno do transtorno de insônia.

Transtornos do sono relacionados à respiração. A maioria dos indivíduos com transtorno do sono relacionado à respiração apresenta história de roncos altos, pausas respiratórias durante o sono e sonolência excessiva durante o dia. Não obstante, pelo menos 50% das pessoas com apneia do sono podem apresentar também sintomas de insônia, que é uma característica mais comum entre mulheres e adultos mais velhos.

Narcolepsia. Embora possa provocar queixas de insônia, a narcolepsia distingue-se do transtorno de insônia pela predominância de sintomas de sonolência diurna excessiva, cataplexia, paralisia do sono e alucinações relacionadas ao sono.

Parassonias. As parassonias se caracterizam por queixas de comportamentos ou de eventos incomuns durante o sono que podem resultar em despertares intermitentes e na dificuldade de retomar o sono. Entretanto, são esses eventos comportamentais, e não a insônia, que dominam o quadro clínico.

Transtorno do sono tipo insônia induzido por substância/medicamento. O transtorno do sono tipo insônia induzido por substância/medicamento distingue-se do transtorno de insônia porque se presume que qualquer substância (i.e., drogas ilícitas, medicamentos ou exposição a toxinas) esteja etiologicamente relacionada à insônia (ver "Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento" mais adiante neste mesmo capítulo). Por exemplo, a insônia que ocorre apenas no contexto de um consumo pesado de café seria diagnosticada como transtorno do sono tipo insônia induzido por cafeína com início durante a intoxicação.

Comorbidade

Insônia é uma comorbidade comum de muitas condições médicas, incluindo diabetes, doença cardíaca coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, fibromialgia e outras condições de dor crônica. Aparentemente, a relação de risco é bidirecional: a insônia aumenta o risco dessas condições médicas, e os problemas médicos aumentam o risco de insônia. Nem sempre a direção da relação é clara, podendo alterar-se ao longo do tempo; por essa razão, insônia comórbida é a terminologia preferida na presença de insônia coexistente com outra condição médica (ou transtorno mental).

Com frequência, indivíduos com transtorno de insônia têm algum transtorno mental comórbido, particularmente transtornos de ansiedade, bipolares e depressivos. Insônia persistente representa um fator de risco ou um sintoma precoce de subsequente transtornos de ansiedade, bipolar, depressivo e relacionados ao uso de substâncias. Indivíduos com insônia podem usar incorretamente medicamentos ou álcool para ajudar o sono noturno, ansiolíticos para combater a tensão ou a ansiedade, e cafeína ou outros estimulantes para combater fadiga excessiva. Em alguns casos, além de agravar a insônia, o uso desse tipo de substâncias poderá evoluir para um transtorno relacionado ao uso de substâncias.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

Existem vários fenótipos distintos de insônia relacionados à fonte percebida de insônia reconhecida pela segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios* do sono (CIDS-2). Esses fenótipos incluem *insônia psicofisiológica, insônia idiopática, percepção inadequada do estado de sono* e *higiene inadequada do sono.* A despeito do apelo clínico e do valor heurístico, as evidências que dão suporte a esses fenótipos distintos são limitadas.

Transtorno de Hipersonolência

Critérios Diagnósticos **307.44 (F51.11)**

A. Relato do próprio indivíduo de sonolência excessiva (hipersonolência) apesar de o período principal do sono durar no mínimo 7 horas, com pelo menos um entre os seguintes sintomas:
   1. Períodos recorrentes de sono ou de cair no sono no mesmo dia.

2. Um episódio de sono principal prolongado de mais de 9 horas por dia que não é reparador (i.e., não é revigorante).
3. Dificuldade de estar totalmente acordado depois de um despertar abrupto.

B. A hipersonolência ocorre pelo menos três vezes por semana, durante pelo menos três meses.
C. A hipersonolência é acompanhada de sofrimento significativo ou de prejuízo no funcionamento cognitivo, social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A hipersonolência não é mais bem explicada por e nem ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano ou parassonia).
E. A hipersonolência não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas, medicamentos).
F. A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de hipersonolência.

Especificar se:

Com transtorno mental, incluindo transtornos relacionados ao uso de substâncias.
Com condição médica
Com outro transtorno do sono

Nota para codificação: O código 307.44 (F51.11) aplica-se a todos os três especificadores. Codificar também condições associadas relevantes, como transtorno mental, condição médica ou outro transtorno do sono, imediatamente depois do código do transtorno de hipersonolência, cuja finalidade é indicar a associação.

Especificar se:

Agudo: Duração de menos 1 mês.
Subagudo: Duração de 1 a 3 meses.
Persistente: Duração de mais de 3 meses.

Especificar a gravidade atual:

Especificar a gravidade com base no grau de dificuldade para manter o estado de alerta durante o dia, manifestado pela ocorrência de ataques múltiplos de sonolência incontrolável em um determinado dia, ocorrendo, por exemplo, enquanto o indivíduo estiver sentado, dirigindo, visitando amigos ou trabalhando.

Leve: Dificuldade em manter o estado de alerta durante o dia por um período de 1 a 2 dias por semana.
Moderada: Dificuldade em manter o estado de alerta durante o dia por um período de 3 a 4 dias por semana.
Grave: Dificuldade em manter o estado de alerta durante o dia por um período 5 a 7 dias por semana.

Características Diagnósticas

Hipersonolência é um termo diagnóstico bastante amplo que inclui sintomas de quantidade excessiva de sono (p. ex., sono noturno estendido ou sono diurno involuntário), qualidade deteriorada de vigília (i.e., propensão para dormir durante o estado de vigília revelada pela dificuldade em acordar ou pela incapacidade de permanecer desperto quando necessário) e inércia do sono (i.e., um período de alteração no desempenho e de vigilância diminuída após acordar de um episódio de sono regular ou de um cochilo) (Critério A). Os indivíduos com esse transtorno conseguem dormir rapidamente e apresentam boa eficiência no sono (> 90%). Podem ter dificuldade para acordar pela manhã, às vezes parecendo confusos, combativos ou atáxicos. Com frequência, essa alteração prolongada no estado de alerta durante a transição sono-vigília é conhecida por *inércia do sono* (i.e., embriaguez do sono). Essa condição pode ocorrer também ao despertar de um cochilo durante o dia. Durante esse período, embora o indivíduo aparentemente esteja desperto, há um declínio na habilidade motora, o comportamento poderá ser inadequado, podendo ocorrer lapsos de memória, desorientação no tempo e no espaço e uma sensação de atordoamento. O tempo de duração pode variar de minutos a horas.

A necessidade persistente de dormir poderá levar a um comportamento automático (geralmente um tipo bastante rotineiro e de baixa complexidade) que o indivíduo desempenha com pou-

ca ou nenhuma lembrança subsequente. Por exemplo, as pessoas podem pensar que dirigiram por vários quilômetros desde o ponto que imaginavam estar, sem perceber que estiveram dirigindo "automaticamente" durantes os minutos precedentes. Para alguns indivíduos com transtorno de hipersonolência, o episódio de sono principal (para a maioria das pessoas, o sono noturno) tem duração de 9 horas ou mais. No entanto, com frequência, o sono não é reparador e é seguido pela dificuldade de acordar no horário normal. Para outras pessoas com transtorno de hipersonolência, o episódio de sono principal dura o tempo do sono noturno normal (6 a 9 horas). Nesses casos, a sonolência excessiva se caracteriza por vários cochilos diurnos involuntários. Esses cochilos diurnos tendem a ser relativamente longos (em geral duram 1 hora ou mais), não são considerados reparadores (i.e., não são revigorantes) e não melhoram o estado de alerta. Indivíduos com hipersonolência têm cochilos diurnos quase todos os dias, seja qual for o tempo de duração do sono noturno. A qualidade subjetiva do sono pode ou não ser relatada como boa. Em geral, eles sentem a sonolência se desenvolver ao longo de um período de tempo em vez de vivenciarem "ataques" repentinos de sono. Normalmente, os episódios involuntários de sono ocorrem em situações de baixa estimulação e de baixa atividade (p. ex., assistindo a palestras, lendo, vendo televisão ou dirigindo em longas distâncias), embora em casos mais graves se manifestem em situações de alta concentração, como no trabalho, em reuniões ou em encontros sociais.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Embora comuns no transtorno de hipersonolência, fatos como sono não reparador, comportamento automático, dificuldade para acordar pela manhã e inércia do sono podem também ser observados em uma variedade de condições, incluindo narcolepsia. Aproximadamente 80% dos indivíduos com hipersonolência relatam que não têm sono reparador, e o mesmo percentual de pessoas sente dificuldade para acordar pela manhã. A inércia do sono, embora menos comum (i.e., ocorre em 36 a 50% das pessoas com transtorno de hipersonolência), é altamente específica de hipersonolência. Com frequência, cochilos curtos (i.e., duração de menos de 30 minutos) não são revigorantes. Na maioria das vezes, aparentemente, os indivíduos com hipersonolência são sonolentos e podem até adormecer na sala de espera do médico.

Um subgrupo de indivíduos com transtorno de hipersonolência tem história familiar de sono excessivo e, da mesma forma, apresenta sintomas de disfunção no sistema nervoso autônomo, incluindo recorrência de cefaleias do tipo vascular, reatividade do sistema vascular periférico (fenômeno de Raynaud) e desmaios.

Prevalência

O diagnóstico de aproximadamente 5 a 10% dos indivíduos que fazem consulta em clínicas de transtornos do sono com queixas de sonolência durante o dia é de transtorno de hipersonolência. Estima-se que cerca de 1% da população em geral da Europa e dos Estados Unidos tenha episódios de inércia do sono. A frequência de hipersonolência é relativamente a mesma nos sexos masculino e feminino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno de hipersonolência tem curso persistente, com evolução progressiva na gravidade dos sintomas. Nos casos mais extremos, os episódios de sono podem durar até 20 horas. Entretanto, a duração média do sono noturno gira em torno de 9 horas e 30 minutos. Embora muitos indivíduos com hipersonolência sejam capazes de diminuir o tempo de sono nos dias úteis, ele aumenta substancialmente nos fins de semana e feriados (em até 3 horas). Além de muito difíceis, os despertares são acompanhados de episódios de inércia do sono em aproximadamente 40% dos casos. Na maior parte dos casos, a hipersonolência manifesta-se plenamente no fim da adolescência ou no início da fase adulta, com idade média de início de 17 a 24 anos. Em média, o diagnóstico em pessoas com transtorno de hipersonolência ocorre entre 10 e 15 anos depois do surgimento dos sintomas. Os casos pediátricos são raros.

A hipersonolência tem início progressivo, com os sintomas se iniciando entre os 15 e os 25 anos, com progressão gradual variando de semanas a meses. Para a maioria dos indivíduos, o

curso é persistente e estável, a menos que o tratamento seja iniciado. O desenvolvimento de outros transtornos do sono (p. ex., transtorno do sono relacionado à respiração) poderá agravar o grau de sonolência. Embora a hiperatividade talvez seja um dos sinais de sonolência diurna que se apresentam em crianças, os cochilos voluntários aumentam com a idade. Esse fenômeno normal é distinto de hipersonolência.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A hipersonolência pode aumentar temporariamente devido a estresse psicológico e ao consumo de álcool, embora essas hipóteses não tenham sido documentadas como fatores ambientais precipitantes. Existem relatos de que as infecções virais precedam ou acompanhem a hipersonolência em cerca de 10% dos casos. Infecções virais como pneumonia por HIV, mononucleose infecciosa e síndrome de Guillain-Barré também podem evoluir para hipersonolência dentro de alguns meses depois da infecção. A hipersonolência poderá surgir também dentro de 6 a 18 meses após um traumatismo craniano.

Genéticos e fisiológicos. A hipersonolência pode ser familiar, com um modo de herança autossômica dominante.

Marcadores Diagnósticos

A polissonografia noturna demonstra um período de duração do sono de normal a prolongado, latência curta e continuidade normal a aumentada do sono. A distribuição do sono REM também é normal. Na maior parte das vezes, a eficiência do sono é superior a 90%. Alguns indivíduos com transtorno de hipersonolência apresentam quantidades aumentadas de sono com ondas lentas. O teste de latência múltipla do sono registra a tendência ao sono, normalmente indicada por valores médios de latência do sono inferiores a 8 minutos. Geralmente, no transtorno de hipersonolência, a latência média do sono é inferior a 10 minutos e, com frequência, a 8 minutos ou menos. Períodos de REM no início do sono (PREMIS; i.e., ocorrência de sono REM dentro de 20 minutos após o início do sono) podem estar presentes, mas ocorrem menos de duas vezes em 4 ou 5 oportunidades de tirar um cochilo.

Consequências Funcionais do Transtorno de Hipersonolência

O baixo nível de alerta que ocorre enquanto um indivíduo combate a necessidade de dormir pode levar a eficiência reduzida, concentração diminuída e memória fraca durante as atividades diurnas. A hipersonolência pode resultar em desconforto significativo e em disfunção nas relações profissionais e sociais. Sono noturno prolongado e dificuldade para despertar podem dificultar o cumprimento das obrigações matinais, como, por exemplo, chegar ao trabalho no horário. Episódios involuntários de sono diurno podem ser desconcertantes e até perigosos se, por exemplo, o indivíduo estiver dirigindo ou operando uma máquina durante a ocorrência do episódio.

Diagnóstico Diferencial

Variação normal do sono. O tempo de duração do sono "normal" varia consideravelmente na população em geral. "Pessoas com sono prolongado" (i.e., indivíduos que necessitam de uma quantidade de sono superior à média) não têm sonolência excessiva, inércia do sono ou comportamento automático se a quantidade necessária de sono noturno for suficiente. Os relatos indicam que o sono é revigorante. Os sintomas poderão aparecer durante o dia nas situações em que os compromissos sociais ou ocupacionais tornarem o sono mais curto. Ao contrário, o transtorno de hipersonolência apresenta sintomas de sonolência excessiva, seja qual for o tempo de duração do sono noturno. Quantidades inadequadas de sono noturno, *ou síndrome de sono insuficiente induzida comportamentalmente*, poderão produzir sintomas de sonolência diurna, muito semelhantes aos de hipersonolência. Um tempo médio de duração do sono inferior a 7 horas por noite sugere fortemente sono noturno inadequado, e uma média de mais de 9 a 10 horas de sono por 24 horas sugere a presença de hipersonolência. Geralmente, indivíduos com sono noturno inadequado "colocam o

sono em dia", com tempo de sono mais longo nos dias em que não tiverem compromissos sociais ou ocupacionais ou estiverem de férias. Diferentemente da hipersonolência, é improvável que o sono noturno insuficiente persista no mesmo ritmo durante décadas. O diagnóstico de transtorno de hipersonolência não se aplica nos casos em que houver alguma questão relacionada à adequação do tempo de duração do sono noturno. Com frequência, testes diagnósticos e terapêuticos de extensão do sono por 10 a 14 dias esclarecem o diagnóstico.

Má qualidade do sono e fadiga. O transtorno de hipersonolência distingue-se de sonolência excessiva associada a qualidade ou quantidade insuficiente de sono e fadiga (i.e., cansaço não necessariamente aliviado pelo aumento na quantidade de sono e sem nenhuma relação com a quantidade e qualidade do sono). É extremamente difícil diferenciar sonolência excessiva e fadiga, e é possível que ocorra uma sobreposição considerável dessas condições.

Transtornos do sono relacionados à respiração. Indivíduos com hipersonolência e transtornos do sono relacionados à respiração podem apresentar padrões semelhantes de sonolência excessiva. Os transtornos do sono relacionados à respiração são sugeridos por história de ronco alto, pausas respiratórias durante o sono, lesão cerebral ou doença cardiovascular e pela presença de obesidade, anormalidades anatômicas orofaríngeas, hipertensão ou insuficiência cardíaca por ocasião do exame físico. Os estudos polissonográficos podem confirmar a presença de eventos apneicos no transtorno do sono relacionado à respiração (e sua ausência no transtorno de hipersonolência).

Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano. Com frequência, os transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano caracterizam-se por sonolência diurna. Histórias de horários anormais de sono-vigília (com horários alternados ou irregulares) geralmente se aplicam a indivíduos com algum transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano.

Parassonias. Raramente, as parassonias produzem sono noturno prolongado e sem perturbações ou sonolência diurna típica do transtorno de hipersonolência.

Outros transtornos mentais. O transtorno de hipersonolência distingue-se dos transtornos mentais que incluem a hipersonolência como característica essencial ou associada. Em particular, as queixas de sonolência diurna ocorrem em episódios depressivos graves, com características atípicas, e na fase depressiva de um transtorno bipolar. A avaliação de outros transtornos mentais é imprescindível antes de se considerar o diagnóstico de transtorno de hipersonolência. O diagnóstico de hipersonolência poderá ser definido na presença de outros transtornos mentais atuais ou passados.

Comorbidade

A hipersonolência pode ocorrer em associação com transtornos depressivos, transtornos bipolares (durante um episódio depressivo) e transtornos depressivos maiores com padrão sazonal. Muitos indivíduos com transtorno de hipersonolência apresentam sintomas de depressão que podem se enquadrar nos critérios de transtorno depressivo. Essa apresentação pode se relacionar às consequências psicossociais da necessidade persistente de aumentar a quantidade de sono. Indivíduos com transtorno de hipersonolência correm também o risco de apresentar transtornos relacionados ao uso de substâncias, em particular os transtornos relacionados à automedicação com estimulantes. Essa falta de especificidade geral pode contribuir para perfis muito heterogêneos entre os indivíduos cujos sintomas satisfazem o mesmo critério diagnóstico para transtorno de hipersonolência. Condições neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e a atrofia multissistêmica, podem também estar associadas à hipersonolência.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) faz a distinção entre nove subtipos de "hipersonolência de origem central", incluindo hipersonolência recorrente (síndrome de Kleine-Levin).

Narcolepsia

Critérios Diagnósticos

A. Períodos recorrentes de necessidade irresistível de dormir, cair no sono ou cochilar em um mesmo dia. Esses períodos devem estar ocorrendo pelo menos três vezes por semana nos últimos três meses.
B. Presença de pelo menos um entre os seguintes sintomas:
   1. Episódio de cataplexia, definido como (a) ou (b), que ocorre pelo menos algumas vezes por mês:
      a. Em indivíduos com doença de longa duração, episódios breves (variando de segundos a minutos) de perda bilateral de tônus muscular, com manutenção da consciência, precipitados por risadas ou brincadeiras.
      b. Em crianças ou em indivíduos dentro de seis meses a partir do início, episódios espontâneos de caretas ou abertura da mandíbula com projeção da língua ou hipotonia global, sem nenhum desencadeante emocional óbvio.
   2. Deficiência de hipocretina, medida usando os valores de imunorreatividade da hipocretina-1 no líquido cerebrospinal (LCS) (inferior ou igual a um terço dos valores obtidos em testes feitos em indivíduos saudáveis usando o mesmo teste ou inferior ou igual a 110 pg/mL). Níveis baixos de hipocretina-1 no LCS não devem ser observados no contexto de inflamação, infecção ou lesão cerebral aguda.
   3. Polissonografia do sono noturno demonstrando latência do sono REM inferior ou igual a 15 minutos ou teste de latência múltipla do sono demonstrando média de latência do sono inferior ou igual a 8 minutos e dois ou mais períodos de REM no início do sono.

Determinar o subtipo:

347.00 (G47.419) Narcolepsia sem cataplexia, porém com deficiência de hipocretina: Os requisitos do Critério B de níveis baixos de hipocretina-1 no LCS e de resultado positivo na polissonografia/teste de latência múltipla do sono são atendidos, porém sem presença de cataplexia (o Critério B1 não é atendido).

347.01 (G47.411) Narcolepsia com cataplexia, porém sem deficiência de hipocretina: Neste subtipo raro (menos de 5% dos casos de narcolepsia), os requisitos do Critério B de cataplexia e de resultado positivo na polissonografia/teste de latência múltipla do sono são atendidos, porém os níveis de hipocretina-1 no LCS são normais (o Critério B2 não é atendido).

347.00 (G47.419) Ataxia cerebelar dominante autossômica, surdez e narcolepsia: Este subtipo é causado por mutações do *exon* 21 DNA (citosina-5)-metiltransferase-1 e caracteriza-se pelo início tardio (idade de 30 a 40 anos) da narcolepsia (com níveis baixos ou intermediários de hipocretina-1 no LCS), surdez, ataxia cerebelar e, por fim, demência.

347.00 (G47.419) Narcolepsia autossômica dominante, obesidade e diabetes tipo 2: Condições como narcolepsia, obesidade, diabetes tipo 2 e níveis baixos de hipocretina-1 no LCS foram descritas em casos raros e estão associadas a uma mutação no gene para a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos.

347.10 (G47.429) Narcolepsia secundária a outra condição médica: Este subtipo se refere à narcolepsia que se desenvolve depois de condições médicas que produzem infecção (p. ex., doença de Whipple, sarcoidose), trauma ou destruição tumoral de neurônios produtores de hipocretina.

Nota para codificação (CID-9-MC somente para o código 347.10): Codificar primeiramente a condição subjacente (p. ex., 040.2 doença de Whipple; 347.10 narcolepsia secundária à doença de Whipple).

Especificar a gravidade atual:

Leve: A cataplexia é infrequente (menos de uma vez por semana), necessidade de cochilos apenas uma ou duas vezes por dia, e sono noturno menos fragmentado.

Moderada: Cataplexia uma vez por dia ou em intervalos de alguns dias, sono noturno fragmentado e necessidade de vários cochilos por dia.

Grave: Cataplexia resistente a medicamentos, com múltiplos ataques diários, sonolência quase constante e sono noturno fragmentado (i.e., movimentos, insônia e sonhos vívidos).

Subtipos

Nos casos de narcolepsia sem cataplexia, mas com deficiência de hipocretina, sintomas pouco claros "semelhantes a cataplexia" podem ser relatados (p. ex., sintomas não desencadeados por emoções e, geralmente, com longa duração). Em casos extremamente raros, os níveis da hipocretina-1 no LCS são baixos, e os resultados da polissonografia/teste de latência múltipla do sono (TLMS) são negativos: recomenda-se repetir o teste antes de estabelecer o diagnóstico do subtipo. Nos casos de narcolepsia com cataplexia, mas sem deficiência de hipocretina, os resultados dos testes para o antígeno leucocitário humano (HLA) DQB1*06:02 poderão ser negativos. Convulsões, quedas de outra natureza e transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais) deverão ser excluídos. Na narcolepsia secundária a doenças infecciosas (p. ex., doença de Whipple, sarcoidose), doenças traumáticas ou destruição tumoral dos neurônios hipocretinérgicos, o resultado do teste para HLA DQB1*06:02 pode ser positivo e pode resultar do processo autoimune desencadeado pela doença. Em outros casos, a destruição dos neurônios hipocretinérgicos poderá ser secundária a trauma ou cirurgia hipotalâmica. No entanto, traumatismos cranianos ou infecções no sistema nervoso central podem diminuir temporariamente os níveis de hipocretina-1 no LCS, sem perda de células hipocretinérgicas, e complicar o diagnóstico.

Características Diagnósticas

As características essenciais de sonolência na narcolepsia são cochilos diurnos recorrentes ou ataques de sono. Em geral, a sonolência ocorre diariamente, pelo menos três vezes por semana, por um período mínimo de três meses (Critério A). De maneira geral, a narcolepsia produz cataplexia, que costuma apresentar-se em episódios breves (de segundos a minutos) de atonia bilateral muscular precipitada por emoções, principalmente risos e brincadeiras. Os músculos afetados incluem o pescoço, a mandíbula, os braços, as pernas ou o corpo inteiro, resultando em oscilação da cabeça, queda da mandíbula ou quedas completas. Durante a cataplexia, os indivíduos permanecem despertos e conscientes. Para atender o Critério B1(a), a cataplexia deve ser desencadeada por risos ou brincadeiras e ocorrer pelo menos algumas vezes por mês nos casos em que a condição não tiver sido tratada no passado.

A cataplexia não deve ser confundida com a "fraqueza" que ocorre no contexto de atividades atléticas (fisiológicas) ou exclusivamente depois de desencadeamentos emocionais incomuns, como estresse ou ansiedade (sugerindo uma possível psicopatologia). Episódios com duração de algumas horas ou alguns dias ou que não são disparados por emoções provavelmente não são cataplexia, nem rolar no solo rindo histericamente.

Em crianças, a cataplexia autêntica pode ser inicialmente atípica, afetando sobretudo a face, provocando caretas ou queda mandibular com projeção da língua ("faces catapléticas"). De forma alternativa, a cataplexia poderá apresentar-se como hipotonia contínua de grau baixo, produzindo marcha oscilante. Nesses casos, o Critério B1(b) pode ser atendido em crianças ou em indivíduos dentro de seis meses após um início rápido.

A narcolepsia-cataplexia quase sempre resulta da perda de células hipotalâmicas que produzem hipocretina (orexina), provocando deficiência dessa substância (inferior ou igual a um terço dos valores de controle, ou 110 pg/mL, na maioria dos laboratórios). Provavelmente, a perda celular seja autoimune, sendo que em torno de 99% dos indivíduos afetados são portadores do HLA-DQB1*06:02 (vs. 12 a 38% dos indivíduos do grupo-controle). Portanto, pode ser extremamente útil verificar a presença de DQB1*06:02 antes de fazer punções lombares para avaliar a imunorreatividade da hipocretina-1 no LCS. Raramente, ocorrem níveis baixos de hipocretina-1 no LCS sem cataplexia, notadamente em jovens que poderão desenvolver a condição mais tarde. A medição da hipocretina-1 no LCS é o padrão-ouro, excetuando-se em condições associadas graves (neurológicas, inflamatórias, infecciosas, traumáticas) que possam interferir no teste.

Estudos polissonográficos noturnos do sono, seguidos de um TLMS, também podem ser usados para confirmar o diagnóstico (Critério B3). Esses testes devem ser realizados depois que o

indivíduo tiver interrompido o uso de medicamentos psicotrópicos, seguidos de duas semanas de tempo de sono adequado (conforme a documentação dos diários de sono, actigrafia). A latência dos movimentos rápidos dos olhos (REM) pequena (período de REM no início do sono, latência REM inferior ou igual a 15 minutos) durante a polissonografia é suficiente para confirmar o diagnóstico e atender o Critério B3. Como alternativa, o resultado do TLMS deverá ser positivo, mostrando uma latência média do sono inferior ou igual a 8 minutos e dois ou mais períodos de início do sono REM em 4 ou 5 cochilos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Provavelmente ocorram comportamentos automáticos nos casos de sonolência grave em que o indivíduo continua suas atividades em um estilo semiautomático e confuso sem memória ou consciência. Cerca de 20 a 60% das pessoas experimentam alucinações hipnagógicas vívidas antes ou ao adormecerem ou alucinações hipnopômpicas imediatamente após o despertar. Essas alucinações são distintas da atividade mental menos vívida, não alucinatória, semelhante ao sonho que ocorre na fase inicial do sono em pessoas com sono normal. Os pesadelos e os sonhos vívidos também são frequentes na narcolepsia, assim como o transtorno comportamental do sono REM. Aproximadamente 20 a 60% dos indivíduos experimentam paralisia ao adormecer ou ao despertar e, embora despertos, sentem-se incapazes de se mover ou falar. No entanto, muitas pessoas com padrão normal de sono relatam a presença de paralisia do sono, em especial com o estresse ou a privação de sono. Refeições noturnas também podem ocorrer. A obesidade é comum. As perturbações no sono noturno, com despertares frequentes, longos ou curtos, são comuns e podem ser incapacitantes.

Os indivíduos podem parecer sonolentos ou adormecer na sala de espera do médico ou durante o exame clínico. Durante a cataplexia, podem cair bruscamente em uma cadeira e apresentar fala arrastada ou ptose palpebral. Os reflexos estão ausentes nos casos em que o clínico tiver tempo de verificá-los durante a cataplexia (a maior parte dos ataques dura menos de 10 segundos) – um importante achado que distingue cataplexia autêntica e transtorno conversivo.

Prevalência

Na maioria dos países, a narcolepsia-cataplexia afeta entre 0,02 e 0,04% da população em geral. A narcolepsia afeta ambos os sexos, possivelmente com uma leve preponderância no masculino.

Desenvolvimento e Curso

Em geral, o início ocorre em crianças e em adolescentes ou adultos jovens, porém raramente em adultos mais velhos. Acredita-se que haja dois picos de início, nas idades de 15 a 25 e de 30 a 35 anos. O início pode ser repentino ou progressivo (ao longo dos anos). A gravidade é maior nos casos de início abrupto em crianças e, a seguir, diminui com a idade ou com tratamento, de forma que os sintomas como cataplexia desaparecem ocasionalmente. Início abrupto em jovens e crianças pré-púberes pode estar associado a obesidade e a puberdade prematura, um fenótipo observado com mais frequência desde 2009. Em adolescentes, o início é mais difícil de ser localizado com precisão. Com frequência, o início em adultos não é muito claro, com alguns indivíduos relatando a presença de sonolência excessiva desde o nascimento. A partir do momento em que o transtorno se manifesta, o curso é persistente e dura a vida toda.

Em 90% dos casos, o primeiro sintoma a se manifestar é o de sonolência ou de sono prolongado, seguido de cataplexia (dentro de 1 ano em 50% e dentro de 3 anos em 85% dos casos). Sonolência, alucinações hipnagógicas, sonhos vívidos e transtorno comportamental do sono REM (movimentos excessivos durante o sono REM) são sintomas iniciais. O sono excessivo evolui rapidamente para incapacidade de permanecer acordado durante o dia e de manter um sono reparador durante a noite, sem aumento evidente na necessidade de sono no período total de 24 horas. A cataplexia pode ser atípica nos primeiros meses, principalmente em crianças. Em geral, a paralisia do sono se desenvolve em torno da puberdade nas crianças com início pré-puberal. A exacerbação dos sintomas sugere falta de resposta aos medicamentos ou desenvolvimento de um transtorno do sono concomitante, notadamente a apneia do sono.

Com frequência, crianças jovens e adolescentes com narcolepsia desenvolvem problemas agressivos ou comportamentais secundários à sonolência e/ou falta de sono durante a noite. A carga de trabalho e a pressão social aumentam durante o período entre o colégio e a universidade, reduzindo o tempo de sono noturno disponível. Aparentemente, a gestação não altera os sintomas de forma consistente. Em geral, depois da aposentadoria, os indivíduos têm mais oportunidades de tirar um cochilo, diminuindo a necessidade de estimulantes. A manutenção de horários regulares de sono é benéfica para pessoas de todas as idades.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Parassonias como sonambulismo, bruxismo, transtorno comportamental do sono REM e enurese talvez sejam mais comuns em indivíduos que desenvolvem narcolepsia. Geralmente, os indivíduos relatam a necessidade de mais tempo de sono do que outros membros da família.

Ambientais. Infecções na garganta causadas por estreptococos do Grupo A, gripe (notadamente a gripe pandêmica H1N1 de 2009) ou outras infecções típicas do inverno provavelmente sejam desencadeadoras do processo autoimune, produzindo narcolepsia alguns meses mais tarde. Traumatismo craniano e alterações repentinas nos padrões do sono-vigília (p. ex., mudança de emprego, estresse) podem ser desencadeadores adicionais.

Genéticos e fisiológicos. Gêmeos monozigóticos são 25 a 32% concordantes para narcolepsia. A prevalência de narcolepsia varia de 1 a 2% em parentes de primeiro grau (aumento total de 10 a 40 vezes). A narcolepsia está fortemente associada ao DQB1*06:02 (99% vs. 12 a 38% em indivíduos controles de vários grupos étnicos; 25% na população norte-americana em geral). O DQB1*03:01 aumenta, enquanto o DQB1*05:01, o DQB1*06:01 e o DQB1*06:03 diminuem o risco na presença do DQB1*06:02, mas o efeito é pequeno. Polimorfismos dentro dos genes receptores da cadeia alfa de células T e outros genes imunomoduladores também modulam ligeiramente o risco.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Existem descrições de narcolepsia em todos os grupos étnicos e em muitas culturas. Entre os afro-americanos, um número cada vez maior de casos se apresenta sem cataplexia ou com cataplexia atípica, complicando o diagnóstico, em especial na presença de obesidade e apneia obstrutiva do sono.

Marcadores Diagnósticos

Imagens funcionais sugerem respostas hipotalâmicas alteradas a estímulos do humor. O uso de polissonografia noturna, seguida de um TLMS, facilita a confirmação do diagnóstico de narcolepsia, em especial nos casos em que o transtorno estiver sendo diagnosticado pela primeira vez e antes do início do tratamento e se ainda não houver documentação bioquímica da deficiência de hipocretina. A polissonografia/TLMS deve ser aplicada depois que o indivíduo não estiver usando nenhum medicamento psicotrópico e depois de padrões regulares no sono-vigília, sem documentação de mudanças no trabalho em turnos ou de privação do sono.

O período de REM no início do sono durante a polissonografia (latência do sono REM inferior ou igual a 15 minutos) é altamente específico (aproximadamente 1% positivo em indivíduos controles), porém moderadamente sensível (aproximadamente 50%). Resultados positivos do TLMS revelam uma latência média inferior ou igual a 8 minutos e períodos de REM no início do sono em dois ou mais cochilos em testes de quatro ou cinco cochilos. O resultado do TLMS é positivo em 90 a 95% dos indivíduos com narcolepsia contra 2 a 4% em controles ou naqueles com outros transtornos do sono. Com frequência, os achados polissonográficos adicionais incluem despertares frequentes, redução na eficiência do sono e aumento no estágio 1 do sono. Na maioria das vezes, observam-se movimentos periódicos dos membros (em cerca de 40% dos indivíduos com narcolepsia) e apneia do sono.

A deficiência de hipocretina poderá ser demonstrada por meio de medições da imunorreatividade da hipocretina-1 no LCS. Esse teste é particularmente útil em indivíduos com suspeita de transtorno conversivo e naqueles sem cataplexia típica ou no tratamento de casos refratários. O valor diagnóstico do teste não chega a ser afetado por medicamentos, privação do sono ou pelo tempo circadiano, embo-

ra seja difícil interpretar os resultados nos casos em que o indivíduo estiver gravemente enfermo, com alguma infecção concomitante, com traumatismo craniano ou se estiver em estado de coma. A citologia e os níveis proteicos e de glicose do LCS permanecem dentro da faixa normal, mesmo que a coleta de amostras tenha sido feita dentro de algumas semanas depois de um início rápido. Geralmente, nesses casos incipientes, o nível de hipocretina-1 no LCS é muito baixo ou impossível de ser detectado.

Consequências Funcionais da Narcolepsia

A capacidade de dirigir e trabalhar está prejudicada, sendo que os indivíduos com narcolepsia devem evitar trabalhos que os coloquem em risco (p. ex., operar máquinas) e outros (p. ex., dirigir ônibus, pilotar aviões). Em geral, a partir do momento em que a narcolepsia passa a ser controlada, os pacientes poderão dirigir, embora raramente distâncias muito longas sem um acompanhante. Pessoas não tratadas também correm risco de isolamento social e de causar lesões acidentais em si próprias e em outras pessoas. Os relacionamentos poderão ser afetados, tendo em vista que esses indivíduos se esforçam para evitar a incidência de cataplexia pelo controle das emoções.

Diagnóstico Diferencial

Outras hipersonias. Hipersonolência e narcolepsia são semelhantes no que diz respeito ao grau de sonolência diurna, à idade no início da condição e ao curso estável ao longo do tempo, embora seja possível fazer a distinção com base em características clínicas e laboratoriais diferentes. Geralmente, indivíduos com hipersonolência têm sono noturno mais prolongado e menos perturbado, maior dificuldade para despertar, sonolência diurna mais persistente (em comparação com "ataques de sono" mais discretos na narcolepsia), episódios mais prolongados de sono diurno e menos reparadores, poucos sonhos ou nenhum sonho durante os cochilos diurnos. Já aqueles com narcolepsia têm cataplexia e intrusões recorrentes de elementos do sono REM na transição entre sono e vigília (p. ex., alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono). Geralmente, o TLMS mostra latência mais curta de sono (p. ex., maior sonolência fisiológica), assim como a presença de múltiplos períodos de REM no início do sono em indivíduos com narcolepsia.

Privação do sono e sono noturno insuficiente. Privação do sono e sono noturno insuficiente são condições comuns em adolescentes e em pessoas que trabalham em regime de turnos. Em adolescentes, as dificuldades para conciliar o sono à noite são comuns, causando privação do sono. Os resultados do TLMS poderão ser positivos nas situações em que o teste for realizado enquanto o indivíduo estiver com privação do sono ou com sono de fase atrasada.

Síndromes da apneia do sono. A ocorrência de apneias do sono é particularmente provável na presença de obesidade. Considerando que a apneia obstrutiva do sono é mais frequente do que a narcolepsia, a cataplexia pode ser negligenciada (ou ausente), presumindo-se que o indivíduo tenha apneia obstrutiva do sono sem resposta às terapias habituais.

Transtorno depressivo maior. A narcolepsia ou hipersonia pode estar associada ou ser confundida com depressão. A cataplexia não está presente em casos de depressão. Na maioria das vezes, os resultados do TLMS são normais, com dissociação entre sonolência subjetiva e objetiva, de acordo com medições da latência média do sono durante o teste.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). Características atípicas, tais como cataplexia de longa duração ou fatores desencadeantes incomuns, podem estar presentes no transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). Embora os indivíduos descrevam sono e sonhos normais, o TLMS não mostra o característico período de REM no início do sono. Pseudocataplexia totalmente desenvolvida e de longa duração pode ocorrer durante as consultas, dando ao examinador tempo suficiente para verificar os reflexos, que permanecem intactos.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou outros problemas comportamentais. Em crianças e adolescentes, a sonolência poderá causar problemas comportamentais, incluindo agressividade e falta de atenção, levando a um erro diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Convulsões. Em crianças mais jovens, a cataplexia poderá ser diagnosticada erroneamente como convulsões. Em geral, as convulsões não são desencadeadas por emoções, e, quando o são, risos

ou brincadeiras não são os desencadeantes habituais. Durante as convulsões, é muito provável que os indivíduos se lesionem nas quedas. De forma rara, as convulsões que se caracterizam por atonia isolada são observadas separadamente de outros tipos de convulsão, além de também terem padrões característicos nos eletrencefalogramas.

Coreia e transtornos do movimento. Em crianças mais jovens, a cataplexia poderá ser diagnosticada erroneamente como coreia ou transtornos neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas, principalmente no contexto de infecções na garganta e níveis elevados do anticorpo antiestreptolisina O. Algumas crianças poderão apresentar sobreposição de um transtorno do movimento próximo ao início da cataplexia.

Esquizofrenia. Na presença de alucinações hipnagógicas floridas e vívidas, os indivíduos poderão imaginar que essas experiências são reais – característica que sugere esquizofrenia. Da mesma forma, podem se desenvolver delírios persecutórios nos tratamentos com estimulantes. Na presença de cataplexia, o clínico deverá, em primeiro lugar, presumir que esses sintomas sejam secundários a narcolepsia antes de considerar o diagnóstico concomitante de esquizofrenia.

Comorbidade

A narcolepsia poderá ocorrer simultaneamente com transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade e, em casos raros, com esquizofrenia. Nas situações especiais em que não tiver sido tratada, a narcolepsia poderá também ocorrer em associação com elevação no índice de massa corporal ou com obesidade. Ganhos rápidos de peso são comuns em crianças jovens com início rápido da doença. A apneia do sono comórbida é uma hipótese a ser levada em consideração nos casos em que houver agravamento súbito de narcolepsia preexistente.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) faz distinção entre cinco subtipos de narcolepsia.

Transtornos do Sono Relacionados à Respiração

A categoria transtornos do sono relacionados à respiração engloba três transtornos relativamente distintos: apneia e hipopneia obstrutivas do sono, apneia central do sono e hipoventilação relacionada ao sono.

Apneia e Hipopneia Obstrutivas do Sono

Critérios Diagnósticos **327.23** (G47.33)

A. Alternativamente (1) ou (2):
   1. Evidências polissonográficas de pelo menos cinco apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono e qualquer um entre os seguintes sintomas do sono:
      a. Perturbações na respiração noturna: ronco, respiração difícil/ofegante ou pausas respiratórias durante o sono.
      b. Sintomas como sonolência durante o dia, fadiga ou sono não reparador a despeito de oportunidades suficientes para dormir que não podem ser mais bem explicados por qualquer outro transtorno mental (incluindo um transtorno do sono) nem ser atribuídos a alguma outra condição médica.

2. Evidências polissonográficas de 15 ou mais apneias e/ou hipopneias obstrutivas por hora de sono, independentemente da presença de sintomas.

Especificar a gravidade atual:

Leve: O índice de apneia e hipopneia é menor que 15.
Moderada: O índice de apneia e hipopneia varia de 15 a 30.
Grave: O índice de apneia e hipopneia é maior que 30.

Especificadores

A gravidade da doença é medida pela contagem do número de apneias e de hipopneias por hora de sono (índice de apneia e hipopneia) com auxílio da polissonografia ou de qualquer outro sistema de monitoramento noturno. Informações sobre a gravidade total poderão também ser obtidas pelos níveis de dessaturação noturna e de fragmentação do sono (medidos pela frequência da excitação do córtex cerebral e pelos estágios do sono), pelo grau dos sintomas associados e pelos prejuízos ocorridos durante o dia. No entanto, os números exatos e limítrofes podem variar de acordo com as técnicas específicas de medição que forem utilizadas, e, além disso, esses números poderão variar ao longo do tempo. Seja qual for o índice de apneia e hipopneia (contagem), o transtorno é considerado mais grave nos casos em que as apneias e as hipopneias forem acompanhadas de dessaturação significativa da oxiemoglobina (p. ex., nas situações em que mais de 10% do tempo de sono for despendido em níveis de dessaturação inferiores a 90%) ou quando o sono for gravemente fragmentado por índices elevados de despertares (índice de despertar acima de 30) ou de estágios reduzidos no sono profundo (p. ex., percentual do estágio N3 [sono de ondas de lentas] inferior a 5%).

Características Diagnósticas

Apneia e hipopneia obstrutivas do sono são os transtornos do sono mais comuns relacionados à respiração. Caracterizam-se pela repetição de episódios de obstrução (apneia e hipopneia) da via aérea superior (faríngea) durante o sono. *Apneia* refere-se à ausência total de fluxo de ar, e *hipopneia* refere-se a uma redução no fluxo de ar. Cada apneia ou hipopneia representa uma redução na respiração com duração de pelo menos 10 segundos em adultos ou duas falhas respiratórias em crianças e geralmente está associada a quedas no nível de saturação de oxigênio iguais ou superiores a 3% e/ou a um despertar eletrencefalográfico. Os sintomas relacionados ao sono (noturnos) e os sintomas ao despertar são comuns. Os principais sintomas de apneia e hipopneia obstrutivas são roncos e sonolência durante o dia.

O diagnóstico de apneia e hipopneia obstrutivas do sono em adultos é feito com base em sintomas e em achados polissonográficos. As bases diagnósticas são os seguintes sintomas: 1) perturbações na respiração noturna (i.e., roncos, respiração difícil/ofegante ou pausas respiratórias durante o sono) ou 2) sonolência durante o dia, fadiga ou sono não reparador a despeito de oportunidades suficientes para dormir que não sejam mais bem explicados por outro transtorno mental nem sejam atribuídos a alguma outra condição médica, com 3) evidências polissonográficas de cinco ou mais apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono (Critério A1). Na ausência desses sintomas, o diagnóstico poderá ser estabelecido se houver evidências polissonográficas de 15 ou mais apneias e/ou hipopneias obstrutivas por hora de sono (Critério A2).

É extremamente importante dar atenção especial às perturbações do sono que ocorrem em associação com roncos ou pausas respiratórias e aos achados físicos que aumentam o risco de apneia e hipopneia obstrutivas do sono (p. ex., obesidade central, via aérea faríngea congestionada, pressão arterial elevada) para reduzir as chances de diagnosticar erroneamente essa condição tratável.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A frequência de despertares noturnos que ocorrem com a apneia e hipopneia obstrutivas do sono poderá induzir os indivíduos a relatar a presença de insônia. Outros sintomas comuns, embora inespecíficos, de apneia e hipopneia obstrutivas do sono incluem pirose, noctúria, cefaleias pela manhã, boca seca, disfunção erétil e redução da libido. Raramente, os indivíduos se queixam de di-

ficuldades para respirar se estiverem dormindo ou em decúbito dorsal. Hipertensão poderá ocorrer em mais de 60% das pessoas com apneia e hipopneia obstrutivas do sono.

Prevalência

Apneia e hipopneia obstrutivas do sono são transtornos bastante comuns que afetam pelo menos 1 a 2% de crianças, 2 a 15% dos adultos na meia-idade e mais de 20% dos indivíduos mais velhos. Na comunidade em geral, as taxas de prevalência de apneia e hipopneia obstrutivas do sono não diagnosticadas podem ser bastante elevadas na população de idosos. Considerando que há forte associação entre esses transtornos e obesidade, provavelmente qualquer elevação nas taxas de obesidade poderá ser acompanhada de um aumento na sua prevalência. A prevalência poderá ser particularmente alta entre indivíduos do sexo masculino, adultos mais velhos e determinados grupos raciais e étnicos. Em adultos, a razão de apneia e hipopneia obstrutivas do sono entre indivíduos do sexo masculino e feminino varia de 2:1 a 4:1. As diferenças de gênero declinam com a idade, possivelmente por causa de um aumento na prevalência em indivíduos do sexo feminino depois da menopausa. Não há diferença de gênero entre crianças pré-púberes.

Desenvolvimento e Curso

Provavelmente, a distribuição por idade da apneia e hipopneia obstrutivas do sono segue uma distribuição em forma de J. Ocorre um pico em crianças na faixa etária de 3 a 8 anos, quando poderá haver comprometimento da nasofaringe por uma massa relativamente grande de tecido tonsilar em comparação com as dimensões da via aérea superior. Há redução na prevalência com o crescimento da via aérea e a regressão do tecido linfoide durante a fase final da infância. Entretanto, à medida que aumenta a prevalência da obesidade na meia-idade e as mulheres entram na menopausa, a incidência de apneia e hipopneia obstrutivas do sono aumenta novamente. O curso na velhice não é muito claro; o transtorno poderá se estabilizar depois dos 65 anos, embora em outros indivíduos possa ocorrer aumento na prevalência com o envelhecimento. Levando em consideração que há alguma dependência da idade na ocorrência de apneias e hipopneias, os resultados polissonográficos devem ser interpretados à luz de outros dados clínicos. Em particular, os sintomas clínicos significativos de insônia ou de hipersonia devem ser investigados independentemente da idade do indivíduo.

Em geral, o início da apneia e da hipopneia obstrutivas do sono é insidioso, com progressão gradual e curso persistente. Geralmente, a presença de roncos altos é comum durante muitos anos, com frequência desde a infância, mas um aumento na gravidade pode levar o indivíduo a buscar uma avaliação. O ganho de peso poderá precipitar aumento nos sintomas. Embora possam ocorrer em qualquer idade, apneia e hipopneia obstrutivas do sono geralmente se manifestam entre indivíduos na faixa etária de 40 a 60 anos. Em 4 a 5 anos, o índice médio de apneia e hipopneia aumenta em adultos e em indivíduos mais velhos em aproximadamente duas apneias e/ou hipopneias por hora. O índice de apneia e hipopneia está aumentado, e a apneia e hipopneia obstrutivas do sono incidentais são maiores entre indivíduos mais velhos e do sexo masculino que tenham um índice de massa corporal (IMC) basal mais elevado ou que aumentam o IMC ao longo do tempo. Existem relatos de resolução espontânea da apneia e hipopneia obstrutivas do sono com perda de peso, principalmente depois de cirurgia bariátrica. Em crianças, observou-se uma variação sazonal na apneia e hipopneia obstrutivas do sono, assim como uma melhora com o crescimento geral.

Possivelmente, em crianças mais jovens, os sinais e sintomas de apneia e hipopneia obstrutivas do sono sejam mais sutis do que em adultos, o que dificulta ainda mais o estabelecimento do diagnóstico. A polissonografia é bastante útil na confirmação do diagnóstico. As evidências de fragmentação do sono nos polissonogramas podem não ser tão óbvias como nos estudos realizados em indivíduos mais velhos, possivelmente por causa da alta estimulação homeostática em pessoas jovens. Em geral, sintomas como roncos são relatados pelos pais, apresentando, portanto, sensibilidade reduzida. A ocorrência de despertares agitados e posições incomuns para dormir, como dormir sobre as mãos e os joelhos, é comum. A enurese noturna também é uma probabilidade e deverá levantar suspeitas de apneia e hipopneia obstrutivas do sono nos casos de recorrência em crianças que costumavam permanecer secas à noite. As crianças poderão manifestar também sonolência excessiva durante o dia, embora isso não seja tão comum ou pronunciado como em adultos. Respiração pela boca duran-

te o dia, dificuldades para deglutir e má articulação da fala também são características comuns em crianças. Com frequência, crianças com menos de 5 anos de idade apresentam-se mais com sintomas noturnos, como a apneia observada ou respiração difícil, do que com sintomas comportamentais (p. ex., os sintomas noturnos são mais perceptíveis e, com frequência, colocam a criança sob atenção clínica). Na maioria das vezes, em crianças com idade acima de 5 anos, os focos de preocupação são sintomas diurnos, como sonolência e problemas comportamentais (p. ex., impulsividade e hiperatividade), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, dificuldades de aprendizado e cefaleias pela manhã. Além disso, crianças com apneia e hipopneia obstrutivas do sono podem se apresentar com crescimento deficiente e com retardo no desenvolvimento. A obesidade é um fator de risco menos comum em crianças jovens, que poderão apresentar atraso no crescimento e "crescimento deficiente".

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os fatores de risco mais importantes para apneia e hipopneia obstrutivas do sono são obesidade e gênero masculino. Outros fatores incluem retrognatismo ou micrognatismo maxilomandibular, história familiar positiva de apneia do sono, síndromes genéticas que diminuem a patência da via aérea superior (p. ex., síndrome de Down, síndrome de Treacher-Collin), hipertrofia adenotonsilar (especialmente em crianças jovens), menopausa (em mulheres) e várias síndromes endócrinas (p. ex., acromegalia). Em comparação com mulheres na fase pré-menopáusica, os homens apresentam maior risco de apneia e hipopneia obstrutivas do sono, possivelmente refletindo a influência dos hormônios sexuais sobre o controle ventilatório e sobre a distribuição corporal de adiposidades, assim como por causa da diferença de gênero na estrutura das vias aéreas. Medicamentos para transtornos mentais e condições médicas que tendem a induzir sonolência podem agravar o curso dos sintomas de apneia caso seu uso não seja gerenciado com cautela.

A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono têm uma forte base genética, evidenciada pela agregação familiar significativa do índice de apneia e hipopneia. A prevalência de apneia e hipopneia obstrutivas do sono é aproximadamente duas vezes mais elevada entre parentes de primeiro grau de probandos com a mesma condição em comparação com membros de famílias de controles. O compartilhamento de fatores familiares explica um terço da variância no índice de apneia e hipopneia. Embora marcadores genéticos com valores diagnósticos ou prognósticos ainda não estejam disponíveis para uso, a obtenção de uma história familiar de apneia e de hipopneia obstrutivas do sono aumenta as suspeitas clínicas de ocorrência desse transtorno.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Existe um potencial para sonolência e fadiga cujos relatos são apresentados de formas diferentes entre as culturas. Em alguns grupos, roncar pode ser considerado um sinal de saúde e, como tal, talvez não desperte nenhum tipo de preocupação. Indivíduos com ancestrais asiáticos podem estar sob maior risco de apneia e hipopneia obstrutivas do sono a despeito de IMC baixo, possivelmente refletindo a influência de fatores de risco craniofaciais que estreitam a nasofaringe.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

De modo geral, é mais comum indivíduos do sexo feminino apresentarem relatos de fadiga em vez de sonolência e darem informações incompletas sobre roncos.

Marcadores Diagnósticos

A polissonografia fornece dados quantitativos sobre a frequência de perturbações respiratórias relacionadas ao sono, a alterações associadas na saturação de oxigênio e à continuidade do sono. Os achados polissonográficos em crianças e em adultos são diferentes, tendo em vista que as crianças apresentam respiração difícil, hipoventilação obstrutiva parcial com dessaturações cíclicas, hipercapnia e movimentos paradoxais. Níveis baixos de até 2 no índice de apneia e hipopneia são utilizados para definir limiares de anormalidade em crianças.

Em geral, as medições dos gases no sangue arterial enquanto o indivíduo está desperto são normais, embora algumas pessoas possam apresentar hipoxemia ou hipercapnia ao despertar. Esse

padrão deve alertar o clínico sobre a possibilidade de coexistência de doença pulmonar ou de hipoventilação. Os procedimentos dos estudos de imagens podem revelar a presença de estreitamento nas vias aéreas superiores. Testes cardíacos podem evidenciar alterações na função ventricular. Indivíduos com dessaturação noturna grave de oxigênio podem apresentar também níveis elevados de hemoglobina e nos valores do hematócrito. O uso de medições válidas (p. ex., teste de latência múltipla do sono [TLMS], teste de manutenção da vigília) facilita a identificação da sonolência.

Consequências Funcionais da Apneia e da Hipopneia Obstrutivas do Sono

Mais de 50% das pessoas com apneia e hipopneia obstrutivas do sono de moderada a grave relatam sintomas de sonolência diurna. Existem relatos de aumento de duas vezes na ocorrência de acidentes de trabalho em associação com sintomas de ronco e de sonolência. Existem também relatos indicando que a incidência de acidentes de trânsito é sete vezes maior entre indivíduos com valores mais elevados do índice de apneia e hipopneia. Os clínicos devem tomar ciência das exigências governamentais para registrar esse tipo de transtorno, principalmente em relação aos motoristas profissionais. Pontuações mais baixas em medidas aplicáveis à qualidade de vida relacionada à saúde são comuns em indivíduos com apneia e hipopneia obstrutivas do sono, sendo que se observam quedas mais acentuadas nas subescalas física e de vitalidade.

Diagnóstico Diferencial

Ronco primário e outros transtornos do sono. É importante fazer a distinção entre indivíduos com apneia e hipopneia obstrutivas do sono daqueles com ronco primário (i.e., indivíduos assintomáticos que roncam e não apresentam anormalidades nas polissonografias noturnas). Além disso, indivíduos com apneia e hipopneia obstrutivas do sono possivelmente apresentam relatos de respiração ofegante e de asfixia durante a noite. A presença de sonolência ou de outros sintomas diurnos que não sejam explicados por outras etiologias sugere o diagnóstico de apneia e hipopneia obstrutivas do sono, porém somente com a polissonografia é possível fazer esse tipo de distinção. O diagnóstico diferencial definitivo entre hipersonia, apneia central do sono, hipoventilação relacionada ao sono e apneia e hipopneia obstrutivas do sono também exige a realização de estudos polissonográficos.

A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono devem ser diferenciadas de outras causas de sonolência, como narcolepsia, hipersonia e transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano. A diferença entre apneia e hipopneia obstrutivas do sono e narcolepsia é a ausência de cataplexia, alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono, bem como presença de ronco alto, respiração ofegante durante o sono ou apneias observadas durante o sono. Geralmente, os episódios de sono diurno na narcolepsia são mais curtos, mais revigorantes e, com frequência, estão associados aos sonhos. A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono mostram apneias e hipopneias típicas e dessaturação de oxigênio nos estudos polissonográficos noturnos. A narcolepsia resulta em períodos múltiplos de movimentos rápidos dos olhos (REM) no início do sono durante o TLMS. Da mesma forma como ocorre nos casos de apneia e hipopneia obstrutivas do sono, a narcolepsia pode estar associada à obesidade, sendo que alguns indivíduos apresentam, concomitantemente, narcolepsia e apneia e hipopneia obstrutivas do sono. O diagnóstico de narcolepsia não exclui o diagnóstico de apneia e hipopneia obstrutivas do sono, tendo em vista que as duas condições podem ocorrer ao mesmo tempo.

Transtorno de insônia. No caso de indivíduos que se queixam de dificuldades para conciliar ou manter o sono ou para despertar antes do horário habitual, o transtorno de insônia pode ser diferenciado de apneia e hipopneia obstrutivas do sono pela ausência de roncos, assim como pela ausência de história, sinais e sintomas típicos deste último transtorno. No entanto, existe provável coexistência entre insônia e apneia e hipopneia obstrutivas do sono, e, caso isso realmente ocorra, ambos os transtornos devem ser abordados concomitantemente para melhorar a qualidade do sono.

Ataques de pânico. Os ataques noturnos de pânico incluem sintomas de respiração ofegante e de asfixia durante o sono que podem ser difíceis de distinguir clinicamente de apneia e hipopneia obstrutivas do sono. Entretanto, frequência mais baixa de episódios, padrão de estimulação autonômica intensa e ausência de sonolência excessiva distinguem ataques de pânico no período

noturno de apneia e hipopneia obstrutivas do sono. Os estudos polissonográficos em indivíduos com ataques noturnos de pânico não revelam a presença de um padrão típico de apneias ou de dessaturação de oxigênio característica de apneia e hipopneia obstrutivas do sono. Pessoas com apneia e hipopneia obstrutivas do sono não apresentam história de ataques de pânico no período diurno.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Em crianças, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade inclui sintomas de falta de atenção, comprometimento do desempenho acadêmico, hiperatividade e comportamentos internalizantes, sendo que todos eles podem também ser sintomas de apneia e hipopneia obstrutivas do sono na infância. A presença de outros sintomas e de sinais de apneia e hipopneia obstrutivas do sono na infância (p. ex., respiração difícil ou roncos durante o sono e hipertrofia adenotonsilar) sugere apneia e hipopneia obstrutivas do sono. Apneia e hipopneia obstrutivas do sono e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem, muitas vezes, ocorrer ao mesmo tempo, possivelmente existindo relações causais entre eles; em consequência, fatores de risco como tonsilas aumentadas, obesidade ou história familiar de apneia do sono podem alertar o clínico sobre essa possível comorbidade.

Insônia ou hipersonia induzida por substância/medicamento. O uso e a abstinência de substâncias (incluindo medicamentos) podem produzir insônia ou hipersonia. Uma história cuidadosa é suficiente para identificar as substâncias e os medicamentos relevantes, e o acompanhamento poderá mostrar melhoras na perturbação do sono depois da interrupção do uso desses produtos. Em outros casos, o uso de uma substância/medicamento (p. ex., álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, tabaco) demonstrou exacerbar a apneia e a hipopneia obstrutivas do sono. Indivíduos com sinais e sintomas consistentes com apneia e hipopneia obstrutivas do sono devem receber esse diagnóstico, mesmo nos casos de uso concomitante de substâncias que possam exacerbar a condição.

Comorbidade

Hipertensão sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes e elevação na taxa de mortalidade estão associados, de forma consistente, com apneia e hipopneia obstrutivas do sono. As estimativas de risco variam de 30 até 300% para casos de apneia e hipopneia obstrutivas do sono de moderada a grave. Evidências de hipertensão pulmonar e de insuficiência cardíaca direita (p. ex., *cor pulmonale,* edema no tornozelo, congestão hepática) são raras na apneia e hipopneia obstrutivas do sono, sendo que sua presença sugere doença muito grave, hipoventilação associada ou comorbidades cardiopulmonares. A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono podem também ocorrer com frequência elevada em associação com inúmeras condições médicas ou neurológicas (p. ex., doença cerebrovascular, doença de Parkinson). Os achados físicos refletem a ocorrência concomitante dessas condições.

Cerca de um terço dos indivíduos que são encaminhados para avaliação de apneia e hipopneia obstrutivas do sono relata sintomas de depressão, sendo que até 10% apresentam pontuações consistentes com depressão de moderada a grave. Há uma correlação entre a gravidade da apneia e hipopneia obstrutivas do sono, medida pelo índice da apneia e hipopneia, e a gravidade dos sintomas depressivos. Essa associação pode ser mais forte em indivíduos do sexo masculino do que nos do feminino.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) faz distinção entre 11 subtipos de "transtornos do sono relacionados à respiração", incluindo apneia primária central do sono, apneia obstrutiva do sono e hipoventilação relacionada ao sono.

Apneia Central do Sono

Critérios Diagnósticos

A. Evidências polissonográficas de cinco ou mais apneias centrais por hora de sono.

B. O transtorno não é mais bem explicado por nenhum outro transtorno do sono atual.

Determinar o subtipo:

327.21 (G47.31) Apneia central do sono tipo idiopática: Caracteriza-se pela repetição de episódios de apneias e de hipopneias durante o sono causados pela variação no esforço respiratório, porém sem evidências de obstrução nas vias aéreas.

786.04 (R06.3) Respiração de Cheyne-Stokes: Padrão de variação periódica crescendo-decrescendo no volume corrente resultando em apneias centrais e hipopneias com frequência de pelo menos cinco eventos por hora, acompanhados de despertares frequentes.

780.57 (G47-37) Apneia central do sono comórbida com uso de opioides: A patogênese deste subtipo é atribuída aos efeitos de opioides nos geradores do ritmo respiratório na medula, assim como aos efeitos diferenciais da hipoxia *versus* a hipercapnia sobre a estimulação respiratória.

Nota para codificação (somente para o código 780.57 [G47.37]): Na presença de transtornos por uso de opioides, codifica-se em primeiro lugar o transtorno por uso de opioides: 305.50 (F11.10) transtorno por uso de opioide leve ou 304.00 (F11.20) transtorno por uso de opioide moderado ou grave; a seguir, codifica-se 780.57 (G47.37) apneia central do sono comórbida com o uso de opioides. No caso da ausência de algum transtorno por uso de opioides (p. ex., depois do uso de uma dose pesada da substância), codifica-se apenas 780.57 (G47.37) apneia central do sono comórbida com o uso de opioides.

Nota: Ver a seção "Características Diagnósticas" no texto.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade da apneia central do sono é classificada de acordo com a frequência das perturbações respiratórias, com a extensão da dessaturação de oxigênio associada e com a fragmentação do sono que ocorrem como consequência de perturbações respiratórias repetidas.

Subtipos

A apneia central do sono idiopática e a respiração de Cheyne-Stokes caracterizam-se por aumentos no ganho do sistema de controle ventilatório, também conhecido como retroalimentação de alto ganho (*high loop gain*), causando instabilidade na ventilação e nos níveis de $PaCO_2$. Essa instabilidade é chamada de *respiração periódica* e pode ser identificada pela alternância entre hiperventilação e hipoventilação. Geralmente, indivíduos com esses transtornos apresentam níveis de pCO_2 ligeiramente hipocapneicos ou normocapneicos enquanto estiverem despertos. A apneia central do sono pode se manifestar também na fase inicial do tratamento de apneia e hipopneia obstrutivas do sono ou ocorrer em associação com a síndrome de apneia e hipopneia obstrutivas do sono (denominada *apneia complexa do sono*). A ocorrência de apneia central do sono em associação com apneia obstrutiva do sono é também considerada como devida a retroalimentação de alto ganho. Já a patogênese da apneia central do sono comórbida com o uso de opioides foi atribuída aos efeitos dos opioides sobre os geradores do ritmo respiratório na medula, assim como aos efeitos diferenciais da hipoxia *versus* a hipercapnia sobre a estimulação respiratória. Esses indivíduos podem apresentar níveis elevados de pCO_2 enquanto estiverem despertos. Observou-se que as pessoas que fazem terapia de manutenção crônica com metadona apresentam aumento da sonolência e dos sintomas depressivos, embora o papel dos transtornos da respiração associados com o uso de medicamentos opioides causando esses problemas não tenha sido estudado.

Especificadores

Elevações no índice de apneia central (i.e., número de apneias centrais por hora de sono) refletem aumento na gravidade da apneia central do sono. A continuidade e a qualidade do sono podem estar marcadamente prejudicadas com reduções nos estágios reparadores do sono não REM (i.e., sono com ondas de baixa amplitude diminuídas [estágio N3]). Em indivíduos com respiração de Cheyne-Stokes do tipo grave, o padrão pode ser observado também durante vigílias em estado de repouso, um achado que é considerado marcador de prognóstico ruim para mortalidade.

Características Diagnósticas

Os transtornos da apneia central do sono caracterizam-se por episódios repetidos de apneias e de hipopneias durante o sono, causados pela variabilidade no esforço respiratório. Trata-se de transtornos no controle ventilatório nos quais os eventos ocorrem em um padrão periódico ou intermitente. A *apneia central do sono tipo idiopática* caracteriza-se por sonolência, insônia e despertares causados por dispneia em associação com cinco ou mais apneias centrais por hora de sono. Geralmente, a apneia central do sono que acomete indivíduos com insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou insuficiência renal apresenta um padrão respiratório denominado *respiração de Cheyne-Stokes*, que se caracteriza por um padrão periódico do tipo crescendo-decrescendo no volume corrente que resulta em apneias e hipopneias centrais ocorrendo com uma frequência de pelo menos cinco eventos por hora, acompanhados por despertares frequentes. As apneias central e obstrutiva do sono podem coexistir; o uso da razão entre apneias/hipopneias central e obstrutiva facilita a identificação das condições predominantes.

Possivelmente, ocorram alterações no controle neuromuscular da respiração em associação com o uso de medicamentos ou substâncias em indivíduos com condições de saúde mental, o que pode causar ou exacerbar prejuízos no ritmo respiratório e na ventilação. Pessoas que estiverem tomando esses medicamentos apresentam um transtorno respiratório relacionado ao sono que, por sua vez, poderá provocar perturbações no sono e sintomas como sonolência, confusão e depressão. Especificamente, *o uso crônico de medicamentos opioides de ação prolongada* está associado com frequência a alterações no controle respiratório, ocasionando apneia central do sono.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com apneias e hipopneias centrais do sono podem apresentar-se com sonolência ou insônia. Normalmente, há queixas de fragmentação do sono, incluindo despertares com dispneia. Algumas pessoas são assintomáticas. A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono podem coexistir com a respiração de Cheyne-Stokes, e, consequentemente, é provável que ocorram eventos como roncar e terminar abruptamente a apneia durante o sono.

Prevalência

Embora seja considerada rara, a prevalência de apneia central do sono idiopática é desconhecida. A prevalência da respiração de Cheyne-Stokes é alta em indivíduos com fração de ejeção ventricular cardíaca diminuída. Os relatos indicam que a prevalência é igual ou superior a 20% em indivíduos com fração de ejeção inferior a 45%. Em termos de prevalência, a razão entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino tende mais para o lado do sexo masculino do que para apneia e hipopneia obstrutivas do sono. A prevalência aumenta com a idade, sendo que a maior parte dos pacientes tem mais de 60 anos. A respiração de Cheyne-Stokes acomete aproximadamente 20% dos indivíduos com acidente vascular cerebral agudo. A apneia central do sono comórbida com o uso de opioides ocorre em cerca de 30% das pessoas que usam opioides de forma crônica para tratamento de dor não maligna e, da mesma forma, naquelas que fazem terapia de manutenção com metadona.

Desenvolvimento e Curso

Aparentemente, há alguma ligação entre o início da respiração de Cheyne-Stokes e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. O padrão da respiração de Cheyne-Stokes está associado a oscilações na frequência cardíaca, na pressão arterial, na dessaturação de oxigênio e à atividade elevada do sistema nervoso simpático, o que pode promover a progressão da insuficiência cardíaca. Embora não se conheça a significância clínica da respiração de Cheyne-Stokes no contexto de acidente vascular cerebral, essa condição pode ser um achado transitório que desaparece ao longo do tempo depois de ataques agudos. Foram documentados casos de apneia central do sono comórbida com uso crônico de opioides (i.e., vários meses).

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A presença da respiração de Cheyne-Stokes é frequente em indivíduos com insuficiência cardíaca. A coexistência de fibrilação atrial aumenta ainda mais o risco, da mesma forma que a velhice e o gênero masculino. A respiração de Cheyne-Stokes pode ser observada também em associação com acidente vascular cerebral agudo e, possivelmente, com insuficiência renal. No quadro de insuficiência cardíaca, a instabilidade ventilatória subjacente foi atribuída a elevação na quimiossensibilidade ventilatória, hiperventilação devida a congestão vascular pulmonar e a retardo circulatório. A apneia central do sono em geral acomete indivíduos que utilizam opioides de ação prolongada.

Marcadores Diagnósticos

Existe uma relação entre os achados físicos em indivíduos com padrão da respiração de Cheyne-Stokes e seus fatores de risco. Achados consistentes com insuficiência cardíaca, tais como distensão da veia jugular, B3 na ausculta cardíaca, crepitações pulmonares e edema na extremidade inferior, também podem estar presentes. A polissonografia é utilizada para tipificar as características respiratórias de cada subtipo de transtorno do sono relacionado à respiração. As apneias centrais do sono são registradas sempre que ocorrer interrupção de períodos de respiração por mais de 10 segundos. A respiração de Cheyne-Stokes caracteriza-se por uma variação com padrão crescendo-decrescendo no volume corrente, resultando em apneias e hipopneias centrais que ocorrem a uma frequência de pelo menos cinco eventos por hora, que, por sua vez, são acompanhados de despertares frequentes. O tempo de duração do ciclo da respiração de Cheyne-Stokes (ou tempo decorrido desde o fim de uma apneia central até o fim da próxima apneia) é de aproximadamente 60 segundos.

Consequências Funcionais da Apneia Central do Sono

Existem relatos indicando que a apneia central do sono do tipo idiopática pode provocar sintomas de perturbação no sono, incluindo insônia e sonolência. A respiração de Cheyne-Stokes com insuficiência cardíaca comórbida foi associada a condições como sonolência excessiva, fadiga e insônia, embora muitos indivíduos possivelmente sejam assintomáticos. A coexistência de insuficiência cardíaca e respiração de Cheyne-Stokes pode estar associada a elevações nas arritmias cardíacas e ao aumento na taxa de mortalidade ou no número de transplantes cardíacos. Indivíduos com apneia central do sono comórbida com uso de opioides podem se apresentar com sintomas de sonolência ou insônia.

Diagnóstico Diferencial

É importante distinguir apneia central do sono tipo idiopática de outros transtornos do sono relacionados à respiração, outros transtornos do sono, condições médicas e transtornos mentais que causem fragmentação do sono, sonolência e fadiga. Essa distinção poderá ser feita por meio de estudos polissonográficos.

Outros transtornos do sono relacionados à respiração e transtornos do sono. A apneia central do sono distingue-se de apneia e hipopneia obstrutivas do sono pela presença de pelo menos cinco apneias centrais por hora de sono. Embora essas condições possam ocorrer simultaneamente, há predominância da apneia central do sono nas situações em que a razão entre eventos respiratórios centrais e obstrutivos for superior a 50%.

A respiração de Cheyne-Stokes pode ser diferenciada de outros transtornos mentais, incluindo outros transtornos do sono, e de outras condições médicas que causam fragmentação do sono, sonolência e fadiga, pela presença de uma condição predisponente (p. ex., insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral), de sinais e de evidências polissonográficas do padrão característico de respiração. Os achados respiratórios polissonográficos facilitam a distinção entre respiração de Cheyne-Stokes e insônia devido à presença de outras condições médicas. A respiração periódica de altitudes elevadas apresenta um padrão que se assemelha à respiração de Cheyne-Stokes, porém o tempo da ciclagem é mais curto, ocorre apenas em altitudes elevadas e não está associada a insuficiência cardíaca.

A apneia central do sono comórbida com o uso de opioides pode ser diferenciada de outros tipos de transtornos do sono relacionados à respiração com base no uso de medicamentos opioides de ação prolongada em conjunto com evidências polissonográficas de apneias centrais e respiração periódica ou atáxica. Distingue-se de insônia causada pelo uso de medicamentos ou de substâncias com base em evidências polissonográficas de apneia central do sono.

Comorbidade

Com frequência, a presença de transtornos de apneia central do sono é comum em usuários de opioides de ação prolongada, como, por exemplo, a metadona. Indivíduos que utilizam esses medicamentos apresentam algum transtorno respiratório relacionado ao sono que poderá contribuir com perturbações do sono e com sintomas como sonolência, confusão e depressão. Enquanto o indivíduo está desperto, observam-se padrões como apneias centrais, apneias periódicas e respiração atáxica. A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono podem coexistir com apneia central do sono, e características consistentes com essa condição podem também estar presentes (ver a seção "Apneia e Hipopneia Obstrutivas do Sono" apresentada anteriormente neste capítulo). A respiração de Cheyne-Stokes é mais comum em associação com condições que incluem insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal, além de ser observada com mais frequência em indivíduos com fibrilação atrial. Muito provavelmente, os indivíduos com respiração de Cheyne-Stokes são mais velhos, do gênero masculino e têm peso mais baixo do que aqueles com apneia e hipopneia obstrutivas do sono.

Hipoventilação Relacionada ao Sono

Critérios Diagnósticos

A. A polissonografia demonstra episódios de respiração reduzida associada a níveis elevados de CO_2 (**Nota:** Na ausência de medições objetivas do CO_2, níveis baixos persistentes de saturação de oxigênio na hemoglobina com eventos apneicos/hipopneicos podem ser uma indicação de hipoventilação).

B. A perturbação não é mais bem explicada por nenhum outro transtorno do sono em curso.

Determinar o subtipo:

327.24 (G47.34) Hipoventilação idiopática: Este subtipo não é atribuído a nenhuma condição prontamente identificável.

327.25 (G47.35) Hipoventilação alveolar central congênita: Este subtipo é um transtorno congênito raro no qual, geralmente, o indivíduo se apresenta no período perinatal com respiração fraca ou cianose e apneia durante o sono.

327.26 (G47.36) Hipoventilação relacionada ao sono comórbida: Este subtipo é consequência de alguma condição médica, como, por exemplo, um distúrbio pulmonar (p. ex., doença pulmonar intersticial, doença pulmonar obstrutiva crônica) ou um distúrbio neuromuscular ou da parede torácica (p. ex., distrofias musculares, síndrome pós-poliomielite, lesão medular cervical, cifoescoliose), ou de medicamentos (p. ex., benzodiazepínicos, opiáceos). Pode ocorrer também com obesidade (transtorno de hipoventilação por obesidade), na qual reflete uma combinação de trabalho respiratório aumentado, causada por complacência reduzida da parede torácica, descompasso entre ventilação e perfusão e estimulação ventilatória variavelmente reduzida. Em geral, esses indivíduos se caracterizam por índices de massa corporal acima de 30 e hipercapnia durante a vigília (com pCO_2 superior a 45), sem outras evidências de hipoventilação.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada de acordo com o grau de hipoxemia e de hipercarbia durante o sono e com evidências de alterações em órgãos terminais causadas por essas anormalidades (p. ex., insuficiência cardíaca no lado direito). A presença de anormalidades nos gases sanguíneos durante a vigília é um indicador de gravidade maior.

Subtipos

A prevalência do transtorno de hipoventilação por obesidade na população em geral não é conhecida, embora se acredite que esteja aumentando em associação com a elevação na prevalência de obesidade e de obesidade extrema.

Características Diagnósticas

Hipoventilação relacionada ao sono pode ocorrer de forma independente ou, com mais frequência, comórbida com transtornos neurológicos ou médicos, com uso de medicamentos ou com transtorno por uso de substâncias. Embora os sintomas não sejam imprescindíveis para a obtenção do diagnóstico, com frequência os indivíduos relatam sonolência excessiva durante o dia, excitações e despertares frequentes durante o sono, cefaleias pela manhã e queixas de insônia.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com hipoventilação relacionada ao sono podem se apresentar com queixas de insônia ou de sonolência. Episódios de ortopneia podem ocorrer em pessoas com fraqueza no diafragma. A presença de cefaleias ao acordar é comum. Durante o sono, observam-se episódios de respiração fraca, com possível coexistência de apneia e hipopneia obstrutivas do sono ou de apneia central do sono. Consequências de insuficiência ventilatória, incluindo hipertensão pulmonar, *cor pulmonale* (insuficiência cardíaca direita), policitemia e disfunção neurocognitiva, podem estar presentes. Com a progressão da insuficiência ventilatória, as anormalidades nos gases sanguíneos estendem-se para a vigília. Também é comum a presença de características da condição médica que estiver provocando hipoventilação relacionada ao sono. Os episódios de hipoventilação podem estar associados a despertares frequentes ou a braditaquicardia. Os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva e de insônia ou de cefaleias pela manhã ou podem se apresentar com achados de disfunção neurocognitiva ou depressão. A hipoventilação pode não ocorrer durante o estado de vigília.

Prevalência

A hipoventilação relacionada ao sono tipo idiopática é bastante rara em adultos. A presença de hipoventilação alveolar central congênita é desconhecida, embora o transtorno seja raro. A hipoventilação relacionada ao sono comórbida (i.e., hipoventilação comórbida com outras condições, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC], distúrbios neuromusculares ou obesidade) é mais comum.

Desenvolvimento e Curso

Acredita-se que a hipoventilação relacionada ao sono idiopática seja um transtorno lentamente progressivo de prejuízos respiratórios. Nas situações em que o transtorno for comórbido com outros transtornos (p. ex., DPOC, distúrbios neuromusculares, obesidade), o nível de gravidade da doença reflete a gravidade da condição subjacente, sendo que o transtorno evolui de acordo com o agravamento da condição. Complicações como hipertensão pulmonar, *cor pulmonale,* disritmias cardíacas, policitemia, transtorno neurocognitivo e agravamento da insuficiência respiratória poderão se desenvolver com aumentos na gravidade de anormalidades nos gases sanguíneos.

Em geral, a hipoventilação alveolar central congênita manifesta-se no nascimento com respiração errática, fraca ou ausente. Esse transtorno pode se manifestar também na infância e na vida adulta por causa da penetrância variável da mutação PHOX2B. Crianças com hipoventilação alveolar central congênita têm mais propensão a apresentar transtornos do sistema nervoso autônomo, doença de Hirschsprung, tumores na crista neural e face característica com a forma de caixa (i.e., a face é mais curta em relação à largura).

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A estimulação ventilatória pode ser reduzida em indivíduos que usam medicamentos depressores do sistema nervoso central, incluindo benzodiazepínicos, opiáceos e álcool.

Genéticos e fisiológicos. A hipoventilação relacionada ao sono idiopática está associada à estimulação ventilatória reduzida devido ao enfraquecimento da quimiorresponsividade ao CO_2 (estimulação respiratória reduzida; i.e., "não vou respirar"), refletindo déficits neurológicos subjacentes nos centros que administram o controle da ventilação. Mais comumente, a hipoventilação relacionada ao sono é comórbida com alguma outra condição médica, como distúrbio pulmonar, distúrbio neuromuscular ou na parede torácica, hipotireoidismo, ou com o uso de medicamentos (p. ex., benzodiazepínicos, opiáceos). Nessas condições, a hipoventilação pode ser uma consequência da intensificação no trabalho de respiração e/ou de prejuízos na função muscular respiratória (i.e., "não consigo respirar") ou de estimulação respiratória reduzida (i.e., "não vou respirar").

Os distúrbios neuromusculares influenciam a respiração por meio de lesões na inervação motora respiratória ou na função dos músculos respiratórios. Esses distúrbios incluem condições como esclerose lateral amiotrófica, lesão na medula espinal, paralisia diafragmática, miastenia grave, síndrome de Lambert-Eaton, miopatias tóxicas ou metabólicas, síndrome pós-poliomielite e síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

A hipoventilação alveolar central congênita é um distúrbio genético atribuído a mutações de PHOX2B, um gene crucial para o desenvolvimento embrionário do sistema nervoso autônomo e dos derivativos da crista neural. Crianças com hipoventilação alveolar central congênita apresentam respostas ventilatórias enfraquecidas à hipercapnia, em especial no sono com movimentos não rápidos dos olhos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As distribuições de gênero para hipoventilação relacionada ao sono que ocorre em associação com condições comórbidas refletem as distribuições de gênero das condições comórbidas. Por exemplo, a presença de DPOC é mais frequente em indivíduos do sexo masculino e com o avanço da idade.

Marcadores Diagnósticos

A hipoventilação relacionada ao sono é diagnosticada a partir de estudos polissonográficos que mostram hipoxemia e hipercapnia relacionadas ao sono que não são mais bem explicadas por nenhum outro transtorno relacionado ao sono. A documentação de níveis arteriais elevados de pCO_2 de até 55 mmHg durante o sono ou incrementos iguais ou superiores a 10 mmHg nos níveis de pCO_2 (até um nível que também exceda 50 mmHg) durante o sono, em comparação com valores ao despertar na posição supina por 10 minutos ou mais, é o padrão-ouro para o diagnóstico. Entretanto, é impraticável fazer medições dos gases do sangue arterial durante o sono, e as medições não invasivas de pCO_2 durante o sono ainda não foram validadas adequadamente e não são utilizadas com muita frequência durante a polissonografia em adultos. Com frequência, na ausência de evidências de obstrução na via aérea superior, as reduções prolongadas e sustentadas na saturação de oxigênio (saturação de oxigênio inferior a 90% por mais de 5 minutos com a menor taxa de pelo menos 85% ou saturação de oxigênio inferior a 90% durante pelo menos 30% do tempo de sono) são utilizadas como indicação de hipoventilação relacionada ao sono; no entanto, esse achado não é específico, tendo em vista que existem outras causas potenciais de hipoxemia, como aquela causada por doenças pulmonares.

Consequências Funcionais da Hipoventilação Relacionada ao Sono

As consequências funcionais da hipovenilação relacionada ao sono estão ligadas aos efeitos de exposição crônica a hipercapnia e hipoxemia. Esses distúrbios nos gases do sangue provocam vasoconstrição na vasculatura pulmonar, resultando em hipertensão pulmonar, que, caso seja grave, poderá causar insuficiência cardíaca no lado direito (*cor pulmonale*). A hipoxemia pode causar disfunção no cérebro, no sangue e no coração, levando a resultados como disfunção cognitiva, policitemia e arritmias cardíacas. A hipercapnia pode deprimir a estimulação ventilatória, resultando em insuficiência respiratória progressiva.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas que afetam a ventilação. Em adultos, a variedade idiopática de hipoventilação relacionada ao sono é bastante incomum e é determinada pela exclusão da presença de doenças pulmonares, malformações esqueléticas, distúrbios neuromusculares e outros distúrbios médicos e neurológicos ou medicamentos que possam afetar a hipoventilação. É importante distinguir hipoventilação relacionada ao sono de outras causas de hipoxemia relacionada ao sono, como o tipo provocado por doenças pulmonares.

Outros transtornos do sono relacionados à respiração. A hipoventilação relacionada ao sono pode ser diferenciada de apneia e hipopneia obstrutivas do sono e de apneia central do sono com base em características clínicas e em achados de estudos polissonográficos. Geralmente, a hipoventilação relacionada ao sono apresenta períodos mais sustentados de dessaturação de oxigênio do que os episódios periódicos observados na apneia e hipopneia obstrutivas do sono e na apneia central do sono. A apneia e a hipopneia obstrutivas do sono e a apneia central do sono mostram também um padrão de episódios discretos de diminuições repetidas no fluxo de ar, que podem estar ausentes na hipoventilação relacionada ao sono.

Comorbidade

Com frequência, a hipoventilação relacionada ao sono ocorre em associação com algum distúrbio pulmonar (p. ex., doença pulmonar intersticial, DPOC), com um distúrbio neuromuscular ou na parede torácica (p. ex., distrofias musculares, síndrome pós-poliomielite, lesão na medula espinal cervical, obesidade, cifoescoliose) ou, mais relevante para os clínicos de assistência mental, com o uso de medicamentos (p. ex., benzodiazepínicos, opiáceos). Na maior parte das vezes, a hipoventilação alveolar central congênita ocorre em associação com disfunção autonômica, podendo ocorrer também em associação com a doença de Hirschsprung. DPOC, um distúrbio obstrutivo da via aérea inferior, em geral associado ao tabagismo, poderá resultar em hipoventilação relacionada ao sono e hipoxemia. Acredita-se que a presença de apneia e hipopneia obstrutivas do sono coexistentes exacerba a hipoxemia e a hipercapnia durante o sono e a vigília. A relação entre hipoventilação alveolar central congênita e hipoventilação relacionada ao sono tipo idiopática não é clara; em alguns indivíduos, a hipoventilação relacionada ao sono tipo idiopática pode representar casos de hipoventilação alveolar central congênita de início tardio.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) combina hipoventilação relacionada ao sono e hipoxemia relacionada ao sono na categoria de síndromes da hipoventilação/hipoxemia relacionadas ao sono. Essa abordagem à classificação reflete a ocorrência frequente de distúrbios que provocam hipoventilação e hipoxemia. Já a classificação utilizada no DSM-5 reflete evidências de que existem processos patogenéticos distintos relacionados ao sono que levam à hipoventilação.

Transtorno do Sono-Vigília do Ritmo Circadiano

Critérios Diagnósticos

A. Padrão persistente ou recorrente de interrupção do sono devido, principalmente, a alteração no sistema circadiano ou a desequilíbrio entre o ritmo circadiano endógeno e os horários de sono-vigília impostos pelos horários dos ambientes físico, social ou profissional do indivíduo.
B. A interrupção do sono leva a sonolência excessiva ou insônia, ou ambas.
C. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota para codificação: Para a CID-9-MC, o código **307.45** aplica-se a todos os subtipos. Para a CID-10-MC, o código baseia-se no subtipo.

Determinar o subtipo:

307.45 (G47.21) Tipo fase do sono atrasada: Padrão de atraso nos horários de início do sono e de acordar, com incapacidade de conciliar o sono ou de acordar no horário mais cedo desejado ou convencionalmente aceitável.

Especificar se:

Familiar: Presença de história familiar de fase do sono atrasada.

Especificar se:

Sobrepondo-se com o tipo sono-vigília não de 24 horas: O tipo fase do sono atrasada pode se sobrepor a outro transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo sono-vigília não de 24 horas.

307.45 (G47.22) Tipo fase do sono avançada: Padrão de adiantamento nos horários de início do sono e de vigília, com incapacidade de permanecer acordado ou adormecido até os horários desejados ou convencionalmente aceitos para dormir ou acordar.

Especificar se:

Familiar: Presença de história familiar de fase avançada do sono.

307.45 (G47.23) Tipo sono-vigília irregular: Padrão de sono-vigília desorganizado temporariamente, de forma que o horário dos períodos de dormir e de acordar sejam variáveis ao longo de um período de 24 horas.

307.45 (G47.24) Tipo sono-vigília não de 24 horas: Padrão de ciclos de sono-vigília que não são sincronizados ao ambiente de 24 horas, com um desvio consistente (em geral em horários cada vez mais tarde) nos horários de início do sono e de acordar.

307.45 (G47.26) Tipo trabalho em turnos: Insônia durante o período principal de sono e/ou sonolência excessiva (incluindo sono inadvertido) durante o período principal de sono associada a um regime de trabalho em turnos (i.e., que exige horas de trabalho não convencionais).

307.45 (G47.20) Tipo não especificado

Especificar se:

Episódico: Os sintomas duram pelo menos um mês, porém menos de três meses.

Persistente: Os sintomas duram três meses ou mais.

Recorrente: Dois ou mais episódios ocorrem no intervalo de um ano.

Tipo Fase do Sono Atrasada

Características Diagnósticas

O transtorno tipo fase do sono atrasada baseia-se principalmente em histórias de atraso no horário principal de sono (em geral mais de 2 horas) em relação aos horários desejados de dormir e acordar, resultando em sintomas de insônia e de sonolência excessiva. Quando autorizados a estabelecer seus próprios horários, indivíduos com fase do sono atrasada exibem qualidade e duração do sono normais para a idade. Sintomas de insônia no início do sono, dificuldade para acordar pela manhã e sonolência excessiva nas primeiras horas do dia são proeminentes.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

As características mais comuns associadas ao transtorno tipo fase do sono atrasada incluem história de transtornos mentais ou de algum transtorno mental concomitante. Dificuldade extrema e prolongada para acordar, com confusão pela manhã, também é comum. A insônia psicofisiológica pode se desenvolver como resultado de comportamentos inadequados que prejudicam o sono e aumentam o despertar em razão de tentativas repetidas para conciliar o sono em um horário mais cedo.

Prevalência

A prevalência do transtorno tipo fase do sono atrasada na população em geral é de 0,17%, embora, aparentemente, seja superior a 7% em adolescentes. Apesar de a prevalência familiar dessa condi-

ção não ter sido estabelecida, história familiar de fase do sono atrasada está presente em indivíduos com o transtorno.

Desenvolvimento e Curso

O curso é persistente, com duração superior a três meses e exacerbações intermitentes durante a fase adulta da vida. Embora ocorram variações na idade de início, os sintomas geralmente começam na adolescência e logo no início da vida adulta, persistindo por vários meses até alguns anos antes que seja feito o diagnóstico. A gravidade pode diminuir com a idade. A recorrência dos sintomas é comum.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida dependendo das obrigações sociais, escolares e profissionais. Em geral, a exacerbação é desencadeada por alguma alteração nos horários escolares e de trabalho que implique acordar antes do horário habitual. Indivíduos que podem alterar os horários de trabalho para acomodar o ritmo de sono e vigília circadiano atrasado podem apresentar remissão dos sintomas.

O aumento na prevalência em adolescentes pode ser consequência de fatores fisiológicos e comportamentais. Alterações hormonais específicas podem estar envolvidas, levando-se em consideração que o transtorno tipo fase do sono atrasada está associado com o início da puberdade. Portanto, o transtorno tipo fase do sono atrasada em adolescentes deve ser diferenciado de atrasos comuns nos horários dos ritmos circadianos dessa faixa etária. Na forma familiar, o curso é persistente e pode não melhorar de forma significativa com a idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os fatores predisponentes incluem período circadiano mais longo do que a média, alterações na sensibilidade à luminosidade e prejuízo da homeostase da estimulação do sono. Possivelmente, alguns indivíduos com o transtorno tipo fase do sono atrasada sejam hipersensíveis à luz do entardecer, que pode servir como um sinal para atraso do relógio circadiano, ou hipossensíveis à luz da manhã, de forma que haja redução nos efeitos do adiantamento de fase. Fatores genéticos podem desempenhar um papel importante na patogênese das formas familiares e esporádicas do tipo fase do sono atrasada, incluindo mutações nos genes circadianos (p. ex., *PER3, CKIe*).

Marcadores Diagnósticos

A confirmação do diagnóstico inclui história completa e uso de um diário do sono ou actigrafia (i.e., um detector de movimento de pulso que monitora a atividade motora por períodos prolongados, que pode ser usado durante pelo menos sete dias como um representante dos padrões do sono-vigília). O período abrangido deve incluir fins de semana, quando os compromissos sociais e profissionais são menos rígidos, para assegurar que o indivíduo apresente um padrão consistente de sono-vigília atrasado. Biomarcadores como o início da melatonina salivar sob luz tênue devem ser obtidos somente nos casos em que o diagnóstico não for suficientemente claro.

Consequências Funcionais do Tipo Fase do Sono Atrasada

Sonolência excessiva logo nas primeiras horas do dia é proeminente. Dificuldade extrema e prolongada para acordar, com confusão pela manhã (i.e., inércia do sono), também é comum. A gravidade da insônia e dos sintomas de sonolência excessiva varia substancialmente entre os indivíduos e, em grande parte, depende das demandas profissionais e sociais de cada pessoa.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais do sono. O transtorno tipo fase do sono atrasada deve ser diferenciado dos padrões de sono "normal" em que um indivíduo tem um horário e vai dormir fora do horário habitual e isso não chega a causar problemas pessoais, sociais ou profissionais (observados com frequência em adolescentes e em adultos jovens).

Outros transtornos do sono. O transtorno de insônia e outros transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano devem ser incluídos no diagnóstico diferencial. A sonolência excessiva pode também ser causada por outras perturbações do sono, tais como transtornos do sono relacionados à respiração, insônias, transtorno de movimentos relacionados ao sono e transtornos médicos, neurológicos e mentais. Durante a noite, a polissonografia poderá facilitar a avaliação de outros transtornos comórbidos do sono, como a apneia do sono. Entretanto, a natureza circadiana do transtorno tipo fase do sono atrasada deve ser diferenciada de outros transtornos com "queixas" semelhantes.

Comorbidade

O transtorno tipo fase do sono atrasada está fortemente associado a condições como depressão, transtorno da personalidade e transtorno de sintomas somáticos ou transtorno de ansiedade causado por enfermidades. Além disso, transtornos comórbidos do sono, como transtorno de insônia, síndrome das pernas inquietas e apneia do sono, assim como transtornos depressivo e bipolar e transtornos de ansiedade, podem exacerbar sintomas de insônia e de sonolência excessiva. O transtorno tipo fase do sono atrasada pode se sobrepor a algum outro transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo sono-vigília não de 24 horas. Indivíduos com o transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas que têm a visão preservada costumam ter também história de fase circadiana do sono atrasada.

Tipo Fase do Sono Avançada

Especificadores

O tipo fase do sono avançada pode ser documentado com o especificador "familiar". Embora ainda não tenha sido calculada a prevalência do tipo fase do sono avançada familiar, é comum a presença de história familiar de antecipação de fase do sono em indivíduos com esse transtorno. Nesse tipo, mutações específicas demonstram um modo de herança autossômica dominante. Na forma familiar, o início dos sintomas poderá ocorrer mais cedo (durante a infância e na fase inicial da vida adulta); o curso é persistente, e a gravidade dos sintomas pode aumentar com a idade.

Características Diagnósticas

O tipo fase do sono avançada caracteriza-se por horários de sono-vigília que estão várias horas antes dos horários desejados ou convencionais. O diagnóstico baseia-se principalmente em história de antecipação no tempo do período de sono maior (em geral mais de 2 horas) em relação ao horário desejado de dormir e de acordar, com sintomas de insônia de manhã cedo e sonolência excessiva durante o dia. Nas situações em que for possível ajustar os próprios horários, os indivíduos com o tipo fase do sono avançada apresentam qualidade e duração normal do sono de acordo com a idade.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com o tipo fase do sono avançada são "tipos matutinos", com horários mais cedo do sono-vigília, sendo que os horários dos biomarcadores circadianos, tais como ritmos de melatonina e temperatura interna do corpo, ocorrem entre 2 e 4 horas antes do horário normal. Sempre que for necessário manter os horários convencionais, que exijam permanecer um pouco mais na cama, esses indivíduos poderão continuar acordando antes do horário habitual, levando a uma privação consistente do sono e sonolência durante o dia. O uso de agentes hipnóticos ou de álcool para combater a insônia e a fim de manter o sono e de estimulantes para diminuir a sonolência diurna poderá levar ao abuso de substâncias nesses indivíduos.

Prevalência

A prevalência estimada do tipo fase do sono avançada é de cerca de 1% em adultos na meia-idade. Provavelmente, os horários do sono-vigília e a antecipação na fase circadiana em indivíduos mais velhos sejam responsáveis pelo aumento da prevalência nessa população.

Desenvolvimento e Curso

Em geral, o início ocorre no fim da fase adulta; na forma familiar, pode ocorrer mais cedo. O curso costuma ser persistente, com pelo menos três meses de duração, porém a gravidade poderá aumentar dependendo dos horários ocupacionais e sociais. A fase do sono avançada é mais comum em adultos mais velhos.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo das obrigações sociais, escolares e ocupacionais. Indivíduos que têm a oportunidade de alterar os horários de trabalho, para adequá-los aos horários de antecipação no ritmo circadiano do sono-vigília, poderão experimentar remissão dos sintomas. O avançar da idade tende a avançar a fase do sono, entretanto, não está claro se o tipo fase do sono avançada associado à idade é causado somente por alterações nos horários circadianos (como se observa na forma familiar) ou também por alterações relacionadas à idade na regulação homeostática do sono, resultando em despertares antes da hora habitual. A gravidade, a remissão e a recorrência dos sintomas sugerem falta de adesão aos tratamentos comportamentais e ambientais para controlar a estrutura do sono e vigília e a exposição à luz.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A diminuição à exposição à luz no fim da tarde/início da noite e/ou exposição à luz pela manhã devido ao acordar cedo pode elevar o risco do tipo fase do sono avançada por antecipar os ritmos circadianos. Ao deitar-se mais cedo, esses indivíduos não são expostos à luz na região de atraso de fase da curva, resultando na perpetuação da fase avançada. Nos casos do tipo fase do sono avançada familiar, o encurtamento do período circadiano endógeno pode resultar na antecipação de fase do sono, embora, aparentemente, o período circadiano não diminua sistematicamente com a idade.

Genéticos e fisiológicos. O tipo fase do sono avançada demonstra presença de heranças autossômicas dominantes, incluindo uma mutação do gene *PER2*, causando hipofosforilação da proteína *PER2*, e uma mutação de sentido incorreto em *CKI*.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Indivíduos afro-americanos talvez tenham períodos circadianos mais curtos e antecipações de fase à luz de maior magnitude do que pessoas brancas, possivelmente aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos do tipo fase do sono avançada nessa população.

Marcadores Diagnósticos

A manutenção de diários de sono e de actigrafia pode ser utilizada como marcador diagnóstico, conforme descrito anteriormente para os transtornos do tipo fase do sono atrasada.

Consequências Funcionais do Tipo Fase do Sono Avançada

Sonolência excessiva associada com a antecipação de fase do sono pode exercer efeito negativo sobre o desempenho cognitivo, a interação social e a segurança. O uso de agentes de manutenção do estado de vigília para combater a sonolência ou de sedativos para o despertar cedo pode aumentar o potencial para abuso de substâncias.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos do sono. Fatores comportamentais como horários irregulares para dormir, despertar cedo voluntariamente e exposição à luz logo de manhã cedo devem ser considerados, principalmente em adultos mais velhos. Deve-se ter muita cautela para excluir outros transtornos do sono-vigília, como o transtorno de insônia, outros transtornos mentais e condições médicas que possam provocar o despertar antes do horário normal.

Transtornos depressivo e bipolar. Considerando que o despertar antes do horário habitual, a fadiga e a sonolência são características proeminentes de um transtorno depressivo maior, os transtornos depressivo e bipolar também devem ser considerados.

Comorbidade

Condições médicas e transtornos mentais com o sintoma de acordar cedo, como insônia, por exemplo, podem ocorrer concomitantemente com o transtorno do tipo fase do sono avançada.

Tipo Sono-Vigília Irregular

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno do tipo sono-vigília irregular baseia-se principalmente em histórias de sintomas de insônia à noite (durante o período habitual de sono) e de sonolência excessiva (cochilos) durante o dia. O transtorno do tipo sono-vigília irregular caracteriza-se pela falta de ritmo circadiano sono-vigília discernível. Não há um período de sono principal, e o sono é fragmentado em pelo menos três períodos durante as 24 horas do dia.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Geralmente, dependendo da hora do dia, indivíduos com o transtorno do tipo sono-vigília irregular apresentam-se com insônia ou com sonolência excessiva. Os períodos de sono e de vigília ao longo de 24 horas são fragmentados, embora a tendência seja a de que o período mais longo de sono ocorra entre 2 e 6 horas e dure, em geral, menos de 4 horas. Possivelmente ocorram histórias de isolamento ou de reclusão em associação com o transtorno que contribuem para os sintomas pela ausência de estímulos externos para ajudar a produzir um padrão normal. Com frequência, os indivíduos e os respectivos cuidadores relatam a ocorrência de cochilos ao longo do dia. Em geral, o tipo sono-vigília irregular está associado a distúrbios neurodegenerativos, como o transtorno neurocognitivo maior, e a muitos transtornos do neurodesenvolvimento em crianças.

Prevalência

A prevalência do tipo sono-vigília irregular na população em geral é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

O curso do transtorno do tipo sono-vigília irregular é persistente. Embora a idade de início seja variável, esse transtorno é mais comum em adultos mais velhos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Distúrbios neurodegenerativos, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e doença de Huntington, e distúrbios do neurodesenvolvimento em crianças aumentam o risco de incidência do transtorno do tipo sono-vigília irregular.

Ambientais. Exposição diminuída à luz ambiental e atividades diurnas estruturadas podem estar associadas a ritmos circadianos de baixa amplitude. Indivíduos hospitalizados são especialmente propensos a esses estímulos externos fracos, e, mesmo fora do ambiente hospitalar, indivíduos com algum transtorno neurocognitivo maior (i.e., demência) são expostos a uma luminosidade significativamente mais tênue.

Marcadores Diagnósticos

Histórias detalhadas do sono e diários do sono (elaborados por um cuidador) ou actigrafia facilitam a confirmação de padrões irregulares do sono-vigília.

Consequências Funcionais do Tipo Sono-Vigília Irregular

A falta de um período principal de sono e vigília claramente discernível no transtorno do tipo sono-vigília irregular resulta em insônia ou em sonolência excessiva, dependendo da hora do dia. Com frequência, a perturbação do sono de cuidadores também é uma ocorrência comum e extremamente relevante.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais no sono. O transtorno do tipo sono-vigília irregular deve ser diferenciado de horários voluntários irregulares de sono-vigília e higiene inadequada do sono, que poderão resultar em insônia e sonolência excessiva.

Outras condições médicas e transtornos mentais. Outras causas de insônia e de sonolência durante o dia, incluindo condições médicas comórbidas e transtornos mentais ou medicamentos, devem ser consideradas.

Comorbidade

Com frequência, o transtorno do tipo sono-vigília irregular é comórbido com transtornos mentais neurodegenerativos e do neurodesenvolvimento, tais como transtorno neurocognitivo maior, incapacidade intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) e lesões cerebrais traumáticas. Esse tipo de transtorno pode também ser comórbido com outras condições médicas e com transtornos mentais em que haja isolamento social e/ou ausência de luminosidade e de atividades estruturadas.

Transtorno do Tipo Sono-Vigília Não de 24 Horas

Características Diagnósticas

O diagnóstico do transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas baseia-se principalmente na história de sintomas de insônia ou de sonolência excessiva relacionada à sincronização anormal entre o ciclo claro-escuro de 24 horas e o ritmo circadiano endógeno. Geralmente, os indivíduos se apresentam com períodos de insônia, de sonolência excessiva ou ambos, que se alternam com períodos assintomáticos curtos. Iniciando com o período assintomático, quando a fase do sono do indivíduo estiver alinhada com o ambiente externo, a latência do sono aumenta gradualmente, e o indivíduo poderá se queixar de insônia no início do sono. À medida que a fase do sono continua a se desviar do curso, de forma que o horário de dormir passa a ser diurno, o indivíduo terá problemas para permanecer acordado durante o dia e passará a se queixar de sonolência. Como o período circadiano não está alinhado com o ambiente externo de 24 horas, os sintomas dependem do momento em que o indivíduo tenta dormir em relação ao ritmo circadiano de propensão para dormir.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas é mais comum entre indivíduos cegos ou com comprometimento visual que sofreram redução na percepção da luz. Com frequência, os indivíduos apresentam história de fase do sono atrasada e exposição diminuída à luz e redução nas atividades sociais e físicas estruturadas. Pessoas com capacidade de visão com o transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas também apresentam aumento no tempo de duração do sono.

Prevalência

A prevalência do transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas na população em geral não é clara, embora, aparentemente, o transtorno seja muito raro em indivíduos com capacidade de visão. Estima-se que a prevalência em pessoas cegas seja de 50%.

Desenvolvimento e Curso

O curso do transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas é persistente, com remissões intermitentes e exacerbações causadas por mudanças nos horários sociais e ocupacionais ao longo da vida. A idade de início é variável e depende do começo do comprometimento visual. Em indivíduos que enxergam, por causa da sobreposição com fase do sono atrasada, o transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas poderá se desenvolver na adolescência ou no início da vida adulta. A remissão e a recidiva dos sintomas em indivíduos cegos e nos que enxergam dependem, em grande parte, da adesão aos tratamentos para controle da estrutura do sono e vigília e da exposição à luz.

A expressão clínica poderá variar ao longo da vida de acordo com as obrigações sociais, escolares e ocupacionais. Em adolescentes e adultos, horários irregulares de sono-vigília e exposição à luz ou falta de luminosidade em horas importantes do dia podem exacerbar os efeitos da perda de sono e causar perturbações no ritmo circadiano. Portanto, possivelmente ocorra piora nos sintomas de insônia, de sonolência diurna e nas funções escolares, ocupacionais e interpessoais.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Em indivíduos com capacidade de visão, a exposição diminuída ou a sensibilidade à luz e os estímulos às atividades sociais e físicas poderão contribuir para um ritmo circadiano de curso livre. Com a alta frequência de transtornos mentais envolvendo isolamento social e casos de transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas que se desenvolvem depois de alguma mudança nos hábitos do sono (p. ex., trabalho em turnos noturnos, perda de emprego), fatores comportamentais em combinação com tendências fisiológicas podem precipitar e perpetuar esse transtorno em pessoas com capacidade de visão. Indivíduos hospitalizados com transtornos neurológicos e psiquiátricos podem se tornar insensíveis aos estímulos sociais, o que pode predispor ao desenvolvimento do transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas.

Genéticos e fisiológicos. A cegueira é um fator de risco para o transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas. Esse transtorno foi associado a lesões cerebrais traumáticas.

Marcadores Diagnósticos

A confirmação do diagnóstico é feita pela história e pelo diário de sono ou acitigrafia por períodos prolongados. A medição sequencial dos marcadores de fase (p. ex., melatonina) pode auxiliar a determinação da fase circadiana em indivíduos cegos e naqueles com a visão preservada.

Consequências Funcionais do Tipo Sono-Vigília Não de 24 Horas

As queixas de insônia (início e manutenção do sono), sonolência excessiva ou ambas são proeminentes. A imprevisibilidade dos horários de dormir e de acordar (tipicamente um desvio nos atrasos diários) resulta na incapacidade de ir à escola ou de manter um emprego estável, podendo aumentar o potencial para isolamento social.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano. Em indivíduos que enxergam, o transtorno do tipo sono-vigília não de 24 horas deve ser diferenciado do tipo fase do sono atrasada, uma vez que as pessoas com esse tipo de transtorno podem apresentar atraso progressivo semelhante no sono por um período de vários dias.

Transtornos depressivos. Sintomas depressivos e transtornos depressivos podem resultar em sintomas e perturbações circadianas semelhantes.

Comorbidade

Com frequência, a cegueira é comórbida com o tipo sono-vigília não de 24 horas, da mesma forma que os transtornos depressivo e bipolar com isolamento social.

Tipo Trabalho em Turnos

Características Diagnósticas

O diagnóstico baseia-se principalmente na história de indivíduos que trabalham fora da janela diurna normal das 8 às 18 horas (particularmente à noite) em horários regulares (i.e., sem horas extras). Os sintomas de sonolência excessiva no trabalho e de sono prejudicado em casa de forma persistente são proeminentes. Em geral, é necessária a presença de ambos os grupos de sintomas para o diagnóstico de transtorno do sono tipo trabalho em turnos. Em geral, os sintomas desaparecem quando o indivíduo volta a trabalhar de forma rotineira durante o dia. Embora a etiologia seja ligeiramente diferente, pessoas que viajam com muita frequência e passam por vários fusos horários poderão sentir efeitos semelhantes aos de pessoas com o transtorno do sono tipo trabalho em turnos que trabalham em turnos rotativos.

Prevalência

Embora a prevalência do transtorno do sono tipo trabalho em turnos não seja clara, estima-se que ele possa afetar de 5 a 10% da população de trabalhadores noturnos (16 a 20% da força de trabalho). A prevalência aumenta na meia-idade e em idades além dela (Drake et al., 2004).

Desenvolvimento e Curso

Embora o transtorno do sono tipo trabalho em turnos acometa indivíduos de qualquer idade, a prevalência é maior em pessoas com mais de 50 anos e, geralmente, agrava-se com o passar do tempo se persistirem as horas perturbadoras do sono. Embora adultos mais velhos possam demonstrar taxas de ajuste de fase circadiana para uma mudança na rotina semelhante ao que fazem adultos jovens, aqueles aparentam experimentar significativamente mais interrupções no sono como consequência da mudança na fase circadiana.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores predisponentes incluem disposição pela manhã, necessidade de um período maior de duração do sono (i.e., mais de 8 horas) para sentir-se bem descansado e forte necessidade de competição social e doméstica (p. ex., pais de crianças jovens). Aparentemente, indivíduos que conseguem comprometer-se com um estilo de vida noturno, com poucas demandas competitivas durante o dia, têm risco menor de transtorno do sono tipo trabalho em turnos.

Genéticos e fisiológicos. Em virtude de os trabalhadores de turnos serem mais propensos que os trabalhadores de dia, a apneia do sono pode estar presente e exacerbar os sintomas.

Marcadores Diagnósticos

História, diário de sono ou actigrafia podem ser úteis na obtenção do diagnóstico, conforme já discutido anteriormente para o transtorno do tipo fase do sono atrasada.

Consequências Funcionais do Tipo Trabalho em Turnos

Indivíduos com o tipo trabalho em turnos não apenas apresentam baixo desempenho profissional, mas também, aparentemente, correm o risco de sofrer acidentes quando estiverem dirigindo de volta para casa. Além disso, essas pessoas correm também o risco de má saúde mental (p. ex., transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de substâncias, depressão) e de saúde física precária (p. ex., distúrbios gastrintestinais, doença cardiovascular, diabetes, câncer). Pessoas com história de transtorno bipolar são particularmente vulneráveis a episódios de mania relacionados ao transtorno do tipo trabalho em turnos, resultantes de noites passadas em claro. Com frequência, o transtorno do tipo trabalho em turnos poderá criar problemas interpessoais.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais no sono com trabalho em turnos. O diagnóstico de transtorno do tipo trabalho em turnos, em comparação com as dificuldades "normais" do trabalho em turnos, depende, até certo ponto, da gravidade dos sintomas e/ou do nível de desconforto experimentado pelo indivíduo. A presença de sintomas de transtorno do sono tipo trabalho em turnos, mesmo nas situações em que o indivíduo for capaz de viver uma rotina orientada para um regime normal de trabalho, durante várias semanas de cada vez, pode sugerir outros transtornos do sono, como apneia do sono, insônia e narcolepsia, que deverão ser excluídos.

Comorbidade

O transtorno tipo trabalho em turnos foi associado a aumento do transtorno por uso de álcool, de outros transtornos por uso de substâncias e depressão. Uma grande variedade de distúrbios da saúde física (p. ex., distúrbios gastrintestinais, doença cardiovascular, diabetes, câncer) foi associada à exposição prolongada a trabalhos em regime de turnos.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) faz a distinção entre nove transtornos do ritmo circadiano do sono, incluindo o tipo *jet lag*.

Parassonias

Parassonias são transtornos caracterizados por eventos comportamentais, experimentais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições do sono-vigília. As parassonias mais comuns – transtorno de despertar do sono não REM e transtorno comportamental do sono REM – representam um misto de vigília e sono não REM e vigília e sono REM, respectivamente. Essas condições servem de lembrete de que o sono e a vigília não são mutuamente exclusivos e de que o sono não é necessariamente um fenômeno global em todo o cérebro.

Transtornos de Despertar do Sono Não REM

Critérios Diagnósticos

A. Episódios recorrentes de despertares incompletos, em geral ocorrendo durante o primeiro terço do episódio de sono principal, acompanhados de uma entre as seguintes alternativas:
   1. **Sonambulismo:** Episódios repetidos de levantar-se da cama durante o sono e deambular. Durante o sonambulismo, o indivíduo se apresenta com o olhar fixo e o rosto vazio, praticamente não responde aos esforços de comunicação por parte de outras pessoas e pode ser acordado apenas com muita dificuldade.
   2. **Terrores no sono:** Em geral, episódios recorrentes de despertares súbitos provocados por terror que iniciam com um grito de pânico. O medo é intenso, com sinais de estimulação autonômica como midríase, taquicardia, respiração rápida e sudorese durante cada episódio. Há relativa ausência de resposta aos esforços de outras pessoas para confortar o indivíduo durante os episódios.
B. Há pouca ou nenhuma lembrança de imagens oníricas (p. ex., apenas uma cena visual).
C. Presença de amnésia em relação ao episódio.
D. Os episódios causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A perturbação não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ou uso de algum medicamento).

F. A coexistência de outros transtornos mentais e médicos não explica os episódios de sonambulismo ou de terrores no sono.

Nota para codificação: Para a CID-9-MC, o código **307.46** aplica-se a todos os subtipos. Para a CID-10-MC, o código baseia-se no subtipo.

Determinar o subtipo:

307.46 (F51.3) Tipo sonambulismo

Especificar se:

Com alimentação relacionada ao sono

Com comportamento sexual relacionado ao sono (sexsônia)

307.46 (F51.4) Tipo terror no sono

Características Diagnósticas

A característica essencial dos transtornos de despertar do sono não REM é a ocorrência repetida de despertares incompletos, em geral iniciando durante o primeiro terço do episódio principal do sono (Critério A), os quais costumam ser breves, com tempo de duração de 1 a 10 minutos, mas que podem estender-se por até 1 hora. O tempo máximo de duração de cada evento é desconhecido. Em geral, os olhos abrem-se durante esses eventos. Muitos indivíduos apresentam ambos os subtipos de despertar em diferentes ocasiões, evidenciando a fisiopatologia unitária subjacente. Os subtipos refletem vários graus de ocorrência simultânea do estado de vigília e do sono não REM, resultando em comportamentos complexos oriundos do sono com vários graus de consciência, de atividade motora e ativação autonômica.

A característica essencial do *sonambulismo* diz respeito a episódios repetidos de comportamento motor complexo que se inicia durante o sono, incluindo levantar-se da cama e deambular (Critério A1). Os episódios de sonambulismo começam em qualquer estágio do sono não REM, em geral durante o sono de ondas lentas e, portanto, ocorrem com mais frequência durante a primeira terça parte da noite. Durante os episódios, o indivíduo apresenta redução do estado de alerta e das respostas, olhar vazio e relativa ausência de resposta à comunicação com outras pessoas ou aos esforços dessas pessoas para despertá-lo. Se for despertado durante o episódio (ou ao despertar na manhã seguinte), o indivíduo tem uma vaga lembrança do ocorrido. Em seguida, pode haver, inicialmente, um breve período de confusão ou dificuldade para orientar-se, seguido de plena recuperação do funcionamento cognitivo e de comportamento adequado.

A característica essencial do *terror no sono* é a ocorrência repetida de despertares precipitados, em geral iniciando com um choro ou grito de pânico (Critério A2). De maneira geral, os terrores no sono começam durante o primeiro terço do episódio principal de sono, variando de 1 a 10 minutos, podendo estender-se, no entanto, por um período de tempo consideravelmente mais longo, sobretudo em crianças. Os episódios são acompanhados de estimulação autonômica acentuada e de manifestações comportamentais de medo intenso. Durante um episódio, é difícil acordar ou confortar o indivíduo. Nos casos em que acordar depois do terror no sono, o indivíduo tem pouca ou nenhuma lembrança do sonho ou consegue recordar-se apenas de imagens fragmentadas e simples. Nos episódios típicos de terror no sono, o indivíduo senta-se abruptamente na cama gritando ou chorando, com uma expressão amedrontada e com sinais autonômicos de ansiedade (p. ex., taquicardia, respiração rápida, sudorese, dilatação das pupilas). Pode permanecer inconsolável e, em geral, não responde aos esforços de outras pessoas para acordá-lo ou confortá-lo. Os terrores no sono são conhecidos também por "terrores da noite" ou "pavor noturno".

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os episódios de sonambulismo incluem uma ampla variedade de comportamentos. Podem iniciar com confusão: o indivíduo pode simplesmente sentar-se na cama, olhar ao redor ou remexer-se no cobertor ou no lençol. A seguir, esse comportamento torna-se progressivamente complexo. Na realidade, o indivíduo poderá levantar-se da cama, caminhar até os armários, sair do quarto e até mesmo sair do local em que se encontra. Pode usar o banheiro, alimentar-se, falar ou adotar comportamentos mais complexos. Corridas ou tentativas deseperadas de escapar de alguma ameaça aparente são eventos que

também costumam ocorrer. A maior parte dos comportamentos durante os episódios de sonambulismo é rotineira e de baixa complexidade. No entanto, existem relatos de casos de abrir portas e mesmo de operar equipamentos (dirigir um veículo). O sonambulismo pode incluir também comportamento inadequado (p. ex., urinar em armário ou no cesto de lixo). O tempo de duração da grande maioria dos episódios varia de alguns minutos a meia hora, embora possa ser um pouco mais prolongado. Levando-se em consideração que o sono é um estado de analgesia relativa, não é possível avaliar as lesões dolorosas durante o sonambulismo até que o indivíduo acorde depois da ocorrência do fato.

Existem duas formas "específicas" de sonambulismo: comportamento alimentar relacionado ao sono e comportamento sexual relacionado ao sono (sexsônia, ou sexo do sono). Indivíduos com *comportamento alimentar relacionado ao sono* vivenciam episódios recorrentes não desejados de alimentar-se com vários graus de amnésia, variando de nenhuma consciência a consciência plena, sem a capacidade de não comer. Durante esses episódios, existe a possibilidade de que sejam ingeridos alimentos inadequados. Indivíduos com o transtorno alimentar relacionado ao sono poderão encontrar evidências de terem-se alimentado somente na manhã seguinte. Na *sexsônia*, vários graus de atividade sexual (p. ex., masturbação, carícias, apalpações, relação sexual) ocorrem como comportamentos originados do sono sem percepção consciente. Essa condição é mais comum em indivíduos do sexo masculino e possivelmente resulta em problemas sérios de relacionamento interpessoal ou em consequências médico-legais.

Com frequência, durante episódios típicos de terror no sono, há uma sensação de pavor generalizado com a compulsão de escapar. Embora possam ocorrer imagens oníricas vívidas fragmentadas, não há relatos de sequências de sonhos semelhantes a uma história (como nos pesadelos). De maneira geral, o indivíduo não desperta completamente, mas retorna ao sono e não se lembra do episódio ao acordar na manhã seguinte. Em geral, ocorre apenas um episódio por noite. Às vezes, vários episódios podem ocorrer em intervalos durante toda a noite. Esses eventos raramente ocorrem em cochilos durante o dia.

Prevalência

Transtornos de despertar do sono não REM isolados ou pouco frequentes são muito comuns na população em geral. Cerca de 10 a 30% das crianças tiveram pelo menos um episódio de sonambulismo, e 2 a 3% são sonâmbulos frequentes. A prevalência do transtorno de sonambulismo, marcado por episódios repetidos, prejuízo e sofrimento, é muito menor, provavelmente na faixa de 1 a 5%. A prevalência de episódios de sonambulismo (não do transtorno de sonambulismo) varia de 1 a 7% entre adultos, sendo que ocorrem episódios em intervalos semanais a mensais em 0,5 a 0,7% dos casos. A prevalência de sonambulismo em adultos ao longo da vida é de 29,2%, com uma prevalência de 3,6% no ano anterior.

A prevalência de terrores no sono na população é desconhecida; a de episódios de terror no sono (em comparação com o transtorno de terror no sono, em que há recorrência e sofrimento ou prejuízo) é de 36,9% aos 18 meses de idade, 19,7% aos 30 meses de idade e de 2,2% em adultos.

Desenvolvimento e Curso

Os transtornos de despertar do sono não REM ocorrem com mais frequência na infância e diminuem com o avanço da idade. O início do sonambulismo em adultos sem história anterior do transtorno quando eram crianças deve ensejar a busca de etiologias específicas, tais como apneia obstrutiva do sono, convulsões noturnas ou efeito do uso de medicamentos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Fatores como uso de sedativos, privação do sono, perturbações nos horários de sono-vigília, fadiga e estresse físico ou emocional aumentam a probabilidade dos episódios. Febre e privação do sono podem produzir elevações na frequência dos transtornos de despertar do sono não REM.

Genéticos e fisiológicos. Histórias familiares de sonambulismo ou de terror no sono podem ocorrer em até 80% dos indivíduos sonâmbulos. O risco de sonambulismo aumenta ainda mais (até 60% dos descendentes) nas situações em que ambos os pais tiverem história do transtorno.

Com frequência, indivíduos com terrores no sono têm história familiar positiva de terrores no sono ou de sonambulismo, com aumento de até 10 vezes na prevalência do transtorno entre parentes biológicos de primeiro grau. Terrores no sono são muito mais comuns em gêmeos monozigóticos em comparação com dizigóticos. O modo exato de herança é desconhecido.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A ocorrência de atividade violenta ou sexual durante episódios de sonambulismo é mais provável em adultos. Alimentar-se durante episódios de sonambulismo é mais comum em indivíduos do sexo feminino. O sonambulismo ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino durante a infância e em indivíduos do sexo masculino na fase adulta.

Crianças mais velhas e adultos têm lembranças mais detalhadas de imagens aterrorizantes associadas ao terror no sono do que crianças mais jovens, que são mais propensas a ter amnésia completa ou a relatar somente um sentimento vago de medo. Entre as crianças, os terrores no sono são mais comuns no sexo masculino do que no feminino. Entre adultos, a proporção entre os sexos é a mesma.

Marcadores Diagnósticos

Os transtornos de despertar do sono não REM surgem em qualquer estágio do sono não REM, embora mais comumente no estágio profundo (sono de ondas lentas). Muito provavelmente, surgem no primeiro terço da noite e não ocorrem com frequência nos cochilos diurnos. Durante o episódio, os polissonogramas podem estar obscurecidos com artefatos produzidos pelos movimentos. Geralmente, na ausência desses artefatos, o eletrencefalograma mostra uma atividade com frequência teta ou alfa durante o episódio, indicando despertar parcial ou incompleto.

A polissonografia, com o monitoramento audiovisual, pode ser utilizada para documentar episódios de sonambulismo. Não há nenhuma característica polissonográfica que possa servir de marcador para o sonambulismo na ausência da captura real de um evento durante o registro. A privação do sono pode aumentar a probabilidade de capturar um evento. Como um grupo, os indivíduos sonâmbulos demonstram instabilidade no sono REM profundo, porém a sobreposição em achados com pessoas que não são sonâmbulas é suficientemente grande para impedir o uso desse indicador na obtenção do diagnóstico. Diferentemente de despertares do sono REM associados a pesadelos, nos quais ocorre elevação na frequência cardíaca e na respiração antes do despertar, os despertares do sono não REM com terrores no sono começam abruptamente a partir do sono, sem mudanças autonômicas antecipatórias. Os despertares são associados com atividade autonômica acentuada, duplicando ou triplicando a frequência cardíaca. Embora não seja bem compreendida, aparentemente a fisiopatologia se caracteriza pela presença de instabilidade nos estágios mais profundos do sono não REM. À exceção da captura de algum evento durante os estudos formais do sono, não existem indicadores polissonográficos confiáveis da tendência de vivenciar terrores no sono.

Consequências Funcionais dos Transtornos de Despertar do Sono Não REM

Para obtenção do diagnóstico de transtorno de despertar do sono não REM, o indivíduo ou os membros da família devem vivenciar sofrimento ou prejuízos significativos sob o ponto de vista clínico, embora os sintomas de parassonia possam ocorrer ocasionalmente em populações não clínicas e devem ser insuficientes para o diagnóstico. O constrangimento associado aos episódios pode prejudicar o relacionamento social. Pode resultar em isolamento social ou dificuldades profissionais. A determinação de um "transtorno" depende de inúmeros fatores, que variam de acordo com cada pessoa, e baseia-se na frequência dos eventos, no potencial para violência ou comportamentos ofensivos e no constrangimento ou perturbação/sofrimento de outros membros da família. A determinação da gravidade é mais eficiente quando se baseia na natureza ou na consequência dos comportamentos, e não simplesmente em sua frequência. Em raras ocasiões, os transtornos de despertar do sono não REM podem resultar em prejuízos sérios para o indivíduo ou para quem estiver tentando consolá-lo.

Os prejuízos a outros indivíduos limitam-se às pessoas mais próximas; indivíduos não são "procurados". Geralmente, o sonambulismo em crianças e adultos não está associado a transtornos mentais significativos. No caso de indivíduos com comportamentos alimentares relacionados ao sono, o preparo ou a ingestão inconsciente de alimentos durante o sono poderá criar problemas como controle inadequado do diabetes, ganho de peso, lesões (cortes e queimaduras) ou consequências decorrentes da ingestão perigosa ou tóxica de produtos não comestíveis. Os transtornos de despertar do sono não REM podem resultar em comportamentos violentos ou ofensivos com implicações forenses.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno do pesadelo. Em geral, diferentemente dos indivíduos com transtornos de despertar do sono não REM, aqueles com transtorno do pesadelo acordam fácil e completamente, relatam sonhos vívidos semelhantes a histórias que acompanham cada episódio e tendem a ter episódios tardiamente durante a noite. Os transtornos de despertar do sono não REM ocorrem durante o sono não REM, enquanto, em geral, os pesadelos ocorrem durante o sono REM. Os pais de crianças com transtornos de despertar do sono não REM poderão interpretar erroneamente como pesadelos os relatos de imagens fragmentadas.

Transtornos do sono relacionados à respiração. Os transtornos de respiração durante o sono podem produzir também despertares confusionais com amnésia subsequente. No entanto, os transtornos do sono relacionados à respiração caracterizam-se também por sintomas típicos de roncos, pausas respiratórias e sonolência durante o dia. Em alguns indivíduos, o transtorno do sono relacionado à respiração poderá precipitar episódios de sonambulismo.

Transtorno comportamental do sono REM. O transtorno comportamental do sono REM pode ser difícil de distinguir dos transtornos de despertar do sono não REM. O primeiro caracteriza-se por episódios de movimentos complexos proeminentes, muitas vezes envolvendo lesões a si próprio durante o sono. Diferentemente dos transtornos de despertar do sono não REM, o transtorno comportamental do sono REM ocorre durante a fase REM do sono. Os indivíduos com transtorno comportamental do sono REM acordam facilmente e apresentam relatos mais detalhados e vívidos do conteúdo onírico do que as pessoas com transtornos de despertar do sono não REM. Com frequência, afirmam que "representam os sonhos".

Síndrome da sobreposição de parassonias. A síndrome da sobreposição de parassonias consiste em características clínicas e polissonográficas tanto de sonambulismo como do transtorno comportamental do sono REM.

Convulsões relacionadas ao sono. Alguns tipos de convulsões podem produzir episódios de comportamentos bastante atípicos que ocorrem predominante ou exclusivamente durante o sono. As convulsões noturnas imitam quase à perfeição os transtornos de despertar do sono não REM, porém tendem a ser de natureza mais estereotípica, ocorrem várias vezes durante a noite e têm mais probabilidade de ocorrer a partir de cochilos durante o dia. A presença de convulsões relacionadas ao sono não exclui a presença de transtornos de despertar do sono não REM. Esse tipo de convulsão deve ser classificado como uma forma de epilepsia.

"Apagões" induzidos pelo álcool. "Apagões" induzidos pelo álcool podem estar associados a comportamentos extremamente complexos na ausência de outras sugestões de intoxicação. Eles não envolvem perda de consciência, mas, em vez disso, refletem uma perturbação isolada de memória para eventos que ocorreram durante o episódio de beber. Pela história, esses comportamentos podem ser diferenciados daqueles observados nos transtornos de despertar do sono não REM.

Amnésia dissociativa com fuga dissociativa. A distinção entre fuga dissociativa e sonambulismo pode ser extremamente difícil. Diferentemente de outras parassonias, a fuga dissociativa noturna tem origem em um período de vigília durante o sono, em vez de surgir abruptamente do sono sem a intervenção do estado de vigília. História de abuso físico ou sexual recorrente na infância costuma estar presente (embora seja difícil obter esse tipo de informação).

Simulação ou outro comportamento voluntário ocorrendo durante o estado de vigília. Assim como na fuga dissociativa, simulação ou outro comportamento voluntário ocorrendo durante o estado de vigília surge da vigília.

Transtorno de pânico. Os ataques de pânico também podem causar despertares abruptos no sono não REM profundo acompanhados de pavor, embora esses episódios produzam despertares rápidos e completos, sem confusão, amnésia ou atividade motora, o que é típico dos transtornos de despertar do sono não REM.

Comportamentos complexos induzidos por medicamentos. Comportamentos semelhantes aos dos transtornos de despertar do sono não REM podem ser induzidos pelo uso ou pela abstinência de substâncias ou de medicamentos (p. ex., benzodiazepínicos, hipnóticos sedativos não benzodiazepínicos, opioides, cocaína, nicotina, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hidrato de cloral). Tais comportamentos podem surgir do período de sono e podem ser extremamente complexos. A fisiopatologia subjacente parece ser uma amnésia relativamente isolada. Nesses casos, o diagnóstico poderá ser de transtorno do sono induzido por substância/medicamento, tipo parassonia (ver a seção "Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento" mais adiante neste capítulo).

Síndrome do comer noturno. A forma transtorno alimentar relacionado ao sono do sonambulismo deve ser diferenciada da síndrome do comer noturno, quando ocorre um atraso no ritmo circadiano da ingestão de alimentos e uma associação com insônia e/ou depressão.

Comorbidade

Em adultos, há associação entre sonambulismo e episódios depressivos maiores e transtorno obsessivo-compulsivo. Crianças ou adultos com terrores no sono podem apresentar pontuações elevadas para depressão e ansiedade nos inventários de personalidade.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) inclui "despertar confusional" como um transtorno de despertar do sono não REM.

Transtorno do Pesadelo

Critérios Diagnósticos **307.47 (F51.5)**

A. Ocorrências repetidas de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e bem lembrados que, em geral, envolvem esforços para evitar ameaças à sobrevivência, à segurança ou à integridade física e que tipicamente ocorrem na segunda metade do episódio principal do sono.
B. Ao despertar de sonhos disfóricos, o indivíduo torna-se rapidamente orientado e alerta.
C. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. Os sintomas de pesadelo não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos).
E. A coexistência de transtornos médicos e mentais não explica adequadamente a queixa predominante de sonhos disfóricos.

Especificar se:

Durante o início do sono

Especificar se:

Com transtorno não relacionado ao sono associado, incluindo transtornos por uso de substâncias.

Com outra condição médica associada

Com outro transtorno do sono associado

Nota para codificação: O código 307.47 (F51.5) aplica-se a todos os três especificadores. Deve-se codificar também o transtorno mental associado relevante, a condição médica ou outro transtorno do sono imediatamente depois do código do transtorno do pesadelo, para indicar a associação.

Especificar se:

Agudo: O tempo de duração dos pesadelos é igual ou inferior a um mês.

Subagudo: O tempo de duração dos pesadelos é superior a um mês e inferior a seis meses.

Persistente: O tempo de duração dos pesadelos é igual ou superior a seis meses.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade pode ser classificada pela frequência com que ocorrem os pesadelos.

Leve: Menos de um episódio por semana em média.

Moderada: Um ou mais episódios por semana, porém menos do que todas as noites.

Grave: Episódios todas as noites.

Características Diagnósticas

Geralmente, os *pesadelos* são sequências oníricas longas, elaboradas e semelhantes a uma narrativa que parece real e cria ansiedade, medo ou outras emoções disfóricas. O conteúdo do pesadelo costuma enfocar tentativas de evitar ou de enfrentar o perigo iminente, mas pode envolver temas que evocam outras emoções negativas. Os pesadelos que ocorrem após experiências traumáticas podem replicar situações de ameaças ("pesadelos replicativos"), embora a maioria não o faça. Ao despertar, os pesadelos são bem lembrados e podem ser descritos com detalhes. Eles ocorrem quase que exclusivamente no sono REM e podem, dessa forma, ocorrer ao longo do sono, mas são mais prováveis na segunda metade do episódio principal do sono, quando os sonhos são mais longos e mais intensos. Fatores que aumentam a intensidade REM logo no início da noite, tais como fragmentação ou privação do sono, *jet lag* e medicamentos que interferem no sono REM, podem facilitar a ocorrência de pesadelos no início da noite, incluindo no início do sono.

Em geral, os pesadelos terminam com o despertar e o retorno rápido ao estado pleno de alerta. No entanto, as emoções disfóricas persistem até a vigília e contribuem para a dificuldade de retornar ao sono e para o desconforto durante o dia. Alguns pesadelos, conhecidos como "sonhos ruins", talvez não induzam o despertar e são lembrados somente mais tarde. Quando os pesadelos ocorrem durante os períodos de início do sono REM (*hipnagógicos*), a emoção disfórica é frequentemente acompanhada por uma sensação de estar acordado e ao mesmo tempo ser incapaz de se movimentar voluntariamente (*paralisia do sono isolada*).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Estimulação autonômica leve, incluindo sudorese, taquicardia e taquipneia, pode caracterizar os pesadelos. Movimentos do corpo e vocalizações não são características por causa da perda de tônus dos músculos esqueléticos relacionada ao sono REM, embora possivelmente esses comportamentos ocorram em situações de estresse emocional ou de fragmentação do sono e no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Quando há conversa ou manifestação de emoção, o evento costuma ser rápido, e termina o pesadelo.

Indivíduos com pesadelos frequentes estão sob risco substancialmente maior de ideação suicida e de tentativas de suicídio, mesmo quando o gênero e a doença mental são considerados.

Prevalência

A prevalência de pesadelos aumenta desde a infância até a adolescência. Entre 1,3 e 3,9% dos pais relatam que "com frequência" ou "sempre" seus filhos na idade pré-escolar têm pesadelos. A prevalência aumenta nas idades de 10 a 13 anos para ambos os sexos e continua a aumentar entre as idades de 20 a 29 anos nas mulheres (e decresce em homens), quando pode ser duas vezes mais elevada para o sexo feminino em relação ao masculino. A prevalência diminui progressivamente em ambos os sexos com a idade, embora ainda permaneça a diferença entre os gêneros. Entre adultos, a prevalência mensal de pesadelos é de pelo menos 6%, enquanto a prevalência de pesadelos frequentes varia de 1 a 2%. Com frequência, as estimativas combinam, de forma indiscriminada, pesadelos idiopáticos e pós-traumáticos.

Desenvolvimento e Curso

Com frequência, os pesadelos iniciam-se entre as idades de 3 e 6 anos e atingem prevalência e gravidade máximas no estágio final da adolescência ou na fase inicial da vida adulta. Muito provavelmente, os pesadelos surgem em crianças expostas a estressores psicossociais agudos ou crônicos e, portanto, talvez não desapareçam de forma espontânea. Em uma pequena minoria, os pesadelos frequentes persistem até a vida adulta e tornam-se praticamente uma perturbação para a vida toda. Embora o conteúdo específico dos pesadelos possa refletir a idade dos indivíduos, as características essenciais do transtorno permanecem as mesmas nos diferentes grupos etários.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Indivíduos que vivenciam pesadelos relatam eventos adversos passados de modo mais frequente, porém não necessariamente traumas, e costumam apresentar perturbações da personalidade ou diagnóstico psiquiátrico.

Ambientais. Privação ou fragmentação do sono e horários irregulares do sono-vigília que alteram a intensidade, o tempo ou a quantidade de sono REM podem colocar o indivíduo em situação de risco para pesadelos.

Genéticos e fisiológicos. Estudos realizados com gêmeos identificaram efeitos genéticos na predisposição para pesadelos e a ocorrência concomitante com outras parassonias (p. ex., conversar durante o sono).

Modificadores do curso. Comportamentos parentais adaptativos ao lado da cama, como tranquilizar a criança depois de pesadelos, podem protegê-la contra o desenvolvimento de pesadelos crônicos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A importância atribuída aos pesadelos pode variar de acordo com a cultura, e a sensibilidade a essas crenças pode facilitar a comunicação.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Adultos do sexo feminino relatam os pesadelos mais frequentemente do que os do sexo masculino. O conteúdo dos pesadelos difere de acordo com o sexo, sendo que as mulheres adultas tendem a relatar temas como assédio sexual ou o desaparecimento ou morte de entes queridos, e os homens adultos têm mais tendência a relatar temas de agressão física, guerra ou terror.

Marcadores Diagnósticos

Os estudos polissonográficos revelam despertares abruptos do sono REM, em geral durante a segunda metade da noite, antes de registrarem algum pesadelo. As frequências cardíaca/respiratória e dos movimentos oculares podem acelerar ou aumentar em variabilidade antes do despertar. Pesadelos depois de eventos traumáticos podem também surgir durante o sono não REM, particularmente no estágio 2. O sono típico de indivíduos com pesadelos caracteriza-se por leves alterações (p. ex., eficiência reduzida, sono com ondas menos lentas, mais despertares), com movimentos periódicos mais frequentes das pernas durante o sono e ativação relativa do sistema nervoso simpático depois de privação do sono REM.

Consequências Funcionais do Transtorno do Pesadelo

Os pesadelos causam mais sofrimento subjetivo significativo do que prejuízos sociais ou profissionais demonstráveis. Entretanto, se os despertares forem frequentes ou provocarem evitação do sono, os indivíduos podem sentir sonolência excessiva durante o dia, concentração ruim, depressão, ansiedade ou irritabilidade. Pesadelos frequentes na infância (p. ex., várias vezes por semana) podem causar sofrimento significativo aos pais e à criança.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno do terror no sono. Tanto o transtorno do pesadelo como o transtorno do terror no sono incluem despertares ou despertares parciais com medo e ativação autonômica, mas os dois transtornos são diferenciáveis. Geralmente, os pesadelos ocorrem mais tarde durante o sono REM e produzem sonhos vívidos, semelhantes a uma história e que voltam claramente à memória; apresentam estimulação autonômica leve e despertares completos. Na maioria das vezes, os terrores no sono surgem na primeira terça parte da noite, durante os estágios 3 ou 4 do sono não REM, e não geram nem lembranças de sonhos, nem imagens sem uma qualidade narrativa elaborada. Os terrores levam a despertares parciais que deixam o indivíduo confuso, desorientado e apenas parcialmente responsivo e com estimulação autonômica substancial. Em geral, há amnésia do evento pela manhã.

Transtorno comportamental do sono REM. A presença de atividade motora complexa durante sonhos aterrorizantes deve ensejar avaliações adicionais para o transtorno comportamental do sono REM, que ocorre normalmente entre homens na fase final da meia-idade e, diferentemente do transtorno do pesadelo, está associado a representações oníricas frequentemente violentas e a histórias de lesões noturnas. Os pacientes descrevem as perturbações oníricas do transtorno comportamental do sono REM como pesadelos, mas elas podem ser controladas por medicamento adequado.

Luto. Os sonhos disfóricos podem ocorrer durante períodos de luto, porém geralmente envolvem perda e tristeza e, ao acordar, são acompanhados por autorreflexão e *insights*, em vez de por sofrimento.

Narcolepsia. Os pesadelos são queixas frequentes em casos de narcolepsia, embora a presença de sonolência excessiva e de cataplexia diferencie essa condição do transtorno do pesadelo.

Convulsões noturnas. As convulsões raramente se manifestam como pesadelos e devem ser avaliadas por meio de polissonografia e vídeo-eletrencefalograma contínuos. Em geral, as convulsões noturnas envolvem atividade motora estereotipada. Caso venham à memória, os pesadelos associados normalmente têm natureza repetitiva ou refletem características epileptogênicas, como o conteúdo de auras diurnas (p. ex., temor sem motivo), fosfenos ou imagens ictais. Transtornos de despertar, em especial despertares confusionais, também podem estar presentes.

Transtornos do sono relacionados à respiração. Os transtornos do sono relacionados à respiração podem causar despertares com excitação autonômica, porém, em geral, não são acompanhados pela lembrança de pesadelos.

Transtorno de pânico. Os ataques que ocorrem durante o sono podem produzir despertares abruptos com excitação autonômica e medo, embora, geralmente, não ocorram relatos de pesadelos, e os sintomas são semelhantes aos de ataques de pânico que acontecem durante o estado de vigília.

Transtornos dissociativos relacionados ao sono. Em geral, nos despertares documentados pelo eletrencefalograma, os indivíduos podem se lembrar de traumas físicos ou emocionais reais como se fossem "sonhos".

Uso de medicamentos ou de substâncias. Várias substâncias ou medicamentos podem precipitar pesadelos, incluindo agentes dopaminérgicos, antagonistas beta-adrenérgicos e outros agentes anti-hipertensivos; anfetamina, cocaína e outros estimulantes; antidepressivos; auxiliares para parar de fumar; melatonina. A interrupção no uso de medicamentos supressores do sono REM (p. ex., antidepressivos) e do álcool pode produzir rebote do sono REM acompanhado de pesadelos. Nos casos em que os pesadelos forem suficientemente graves a ponto de necessitarem de atenção clínica independente, deve-se considerar o diagnóstico de transtorno do sono induzido por medicamento ou substância.

Comorbidade

Os pesadelos podem ser comórbidos com várias condições médicas, incluindo doença cardíaca coronariana, câncer, parkinsonismo e dor, podendo, também, acompanhar tratamentos médicos como hemodiálise ou descontinuação no uso de medicamentos ou no abuso de substâncias. Com frequência, os pesadelos são comórbidos com outros transtornos mentais, incluindo TEPT; transtorno de insônia; esquizofrenia; psicose; transtornos do humor, de ansiedade, de adaptação e da personalidade; e pesar nos momentos de luto. Um diagnóstico de transtorno do pesadelo concomitante deve somente ser considerado quando é necessária a atenção clínica independente (i.e., se

os Critérios A-C forem atendidos). Caso contrário, não é necessária a obtenção de um diagnóstico à parte. Essas condições devem ser listadas no especificador da categoria comórbida apropriada. No entanto, o transtorno do pesadelo pode ser diagnosticado como um transtorno à parte em indivíduos com TEPT, se os pesadelos são temporalmente não relacionados a um TEPT (i.e., precedendo outros sintomas de TEPT ou persistindo depois da resolução de outros sintomas de TEPT).

Normalmente, os pesadelos são característicos do transtorno comportamental do sono REM, do TEPT e do transtorno de estresse agudo, embora o transtorno do pesadelo possa ser codificado de forma independente se os pesadelos precederem a condição e se sua frequência ou gravidade necessitar da atenção clínica independente. Esta última alternativa poderá ser determinada perguntando ao paciente se os pesadelos eram um problema antes do início do outro transtorno e se continuaram após o desaparecimento dos outros sintomas.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) apresenta critérios diagnósticos semelhantes para transtorno do pesadelo.

Transtorno Comportamental do Sono REM

Critérios Diagnósticos **327.42 (G47.52)**

A. Episódios repetidos de despertar durante o sono associados a vocalização e/ou a comportamentos complexos.
B. Esses comportamentos surgem durante o sono com movimentos rápidos dos olhos (REM), portanto, em geral, mais de 90 minutos depois do início do sono, são mais frequentes durante as porções finais do período de sono e ocorrem raramente durante os cochilos diurnos.
C. Ao acordar desses episódios, o indivíduo está completamente desperto, alerta e não permanece confuso nem desorientado.
D. Qualquer uma das seguintes situações:
    1. Sono REM sem atonia nos registros polissonográficos.
    2. História sugestiva de transtorno comportamental do sono REM e um diagnóstico estabelecido de sinucleinopatia (p. ex., doença de Parkinson, atrofias sistêmicas múltiplas).
E. Os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (que poderão incluir lesão em si próprio[a] ou no[a] parceiro[a] no leito).
F. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos).
G. Coexistência de transtornos mentais e médicos que não explicam os episódios.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno comportamental do sono REM são episódios repetidos de despertar, com frequência associados a vocalizações e/ou a comportamentos motores complexos que surgem do sono REM (Critério A). Esses comportamentos frequentemente refletem respostas motoras ao conteúdo cheio de ação ou violento dos sonhos, de estar sendo atacado ou tentando escapar de uma situação ameaçadora, os quais podem ser chamados de *comportamento de representação dos sonhos.* Com frequência, as vocalizações são altas, carregadas de emoção e obscenas. Esses comportamentos podem aborrecer bastante o indivíduo e a pessoa com quem estiver dormindo, podendo resultar em lesões significativas (p. ex., cair, saltar ou cair da cama; correr, esmurrar, empurrar, atacar ou chutar). Ao acordar, o indivíduo fica imediatamente desperto, alerta e orientado (Critério C) e, com frequência, consegue lembrar o sonho, que se correlaciona intimamente com o comportamento observado. Geralmente, os olhos permanecem fechados durante esses eventos. O

diagnóstico do transtorno comportamental do sono REM requer sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos (Critério E); essa determinação depende de inúmeros fatores, incluindo frequência dos eventos, potencial para violência ou comportamentos prejudiciais, constrangimento e sofrimento em outros membros da família.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A determinação da gravidade é mais eficiente se for feita com base na natureza ou na consequência do comportamento, em vez de se fundamentar simplesmente na frequência. Embora os comportamentos sejam, em geral, proeminentes e violentos, existe a possibilidade de que ocorram comportamentos menos alterados.

Prevalência

A prevalência do transtorno comportamental do sono REM é de 0,38 a 0,5% na população em geral. A prevalência em pacientes com transtornos psiquiátricos pode ser maior, possivelmente relacionada aos medicamentos prescritos para o transtorno.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno comportamental do sono REM pode ser gradual ou rápido, e, em geral, o curso é progressivo. O transtorno comportamental do sono REM associado a transtornos neurodegenerativos pode melhorar de acordo com o progresso do transtorno neurodegenerativo subjacente. Em virtude da forte associação com o surgimento de um transtorno neurodegenerativo subjacente, notadamente uma das sinucleinopatias (doença de Parkinson, atrofia sistêmica múltipla ou transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy), é imprescindível monitorar rigorosamente o estado neurológico de indivíduos com transtorno comportamental do sono REM.

O transtorno comportamental do sono REM afeta substancialmente indivíduos do sexo masculino com idade acima de 50 anos, embora esteja aumentando cada vez mais a identificação desse transtorno em pessoas do sexo feminino e em indivíduos mais jovens. Os sintomas em indivíduos jovens, particularmente do sexo feminino, devem aumentar a possibilidade de narcolepsia ou do transtorno comportamental do sono REM induzido por medicamento.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Muitos medicamentos amplamente prescritos, incluindo antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, inibidores da recaptação da serotonina/noradrenalina e betabloqueadores, podem resultar em evidências polissonográficas de sono REM sem atonia e em franco transtorno comportamental do sono REM. Não se sabe ao certo se os medicamentos propriamente ditos causam o transtorno comportamental do sono REM ou se revelam a presença de uma predisposição subjacente.

Marcadores Diagnósticos

Achados laboratoriais associados com base em estudos polissonográficos indicam aumento na atividade eletromiográfica tônica e/ou fásica durante o sono REM que está normalmente associada à atonia muscular. O aumento na variabilidade da atividade muscular afeta grupos distintos de músculos, exigindo um monitoramento eletromiográfico mais extensivo do que o utilizado em estudos convencionais do sono. Por essa razão, recomenda-se que o monitoramento eletromiográfico inclua os grupos de músculos submentoniano, extensor bilateral dos dedos e tibial anterior bilateral. O monitoramento contínuo por vídeo é imprescindível. Outros achados polissonográficos podem incluir atividade eletromiográfica frequente, periódica e aperiódica das extremidades durante o sono não REM. Essa observação polissonográfica, denominada *sono REM sem atonia,* está presente em praticamente todos os casos de transtorno comportamental do sono REM, embora possa ser também um achado polissonográfico assintomático. Os comportamentos clínicos de representação onírica com o achado

polissonográfico de REM sem atonia são essenciais para o diagnóstico de transtorno comportamental do sono REM. Sono REM sem atonia e sem um história clínica de comportamentos de representação onírica é simplesmente uma observação polissonográfica assintomática. Não se sabe exatamente se o sono REM isoladamente, sem atonia, é um precursor do transtorno comportamental do sono REM.

Consequências Funcionais do Transtorno Comportamental do Sono REM

O transtorno comportamental do sono REM pode ocorrer em ocasiões isoladas em indivíduos que não sejam afetados. O constrangimento relacionado aos episódios pode prejudicar o relacionamento social. Os indivíduos tendem a evitar situações nas quais outras pessoas poderiam tomar conhecimento da perturbação, visitar amigos durante a noite ou dormir com um(a) parceiro(a). O resultado poderá ser o isolamento social ou dificuldades profissionais. Raramente, o transtorno comportamental do sono REM pode resultar em lesões sérias na vítima e em seu companheiro.

Diagnóstico Diferencial

Outras parassonias. Despertares confusionais, sonambulismo e terrores no sono podem ser facilmente confundidos com transtorno comportamental do sono REM. Em geral, esses transtornos ocorrem em indivíduos mais jovens. Ao contrário do transtorno comportamental do sono REM, esses transtornos se originam no sono não REM profundo e, portanto, tendem a ocorrer na porção inicial do período de sono. O acordar de um despertar confusional está associado a confusão, desorientação e lembrança incompleta da mentalização do sonho que acompanha o transtorno. O monitoramento polissonográfico nos transtornos de despertar revela atonia normal REM.

Convulsões noturnas. As convulsões noturnas podem imitar perfeitamente o transtorno comportamental do sono REM, embora, em geral, os comportamentos sejam mais estereotipados. O monitoramento polissonográfico que utiliza montagens eletrencefalográficas completas de convulsões facilita a distinção entre as duas condições. O sono REM sem atonia não aparece no monitoramento polissonográfico.

Apneia obstrutiva do sono. A apneia obstrutiva do sono pode resultar em comportamentos indistinguíveis do transtorno comportamental do sono REM. O monitoramento polissonográfico é imprescindível para fazer a distinção. Nesse caso, os sintomas desaparecem depois do tratamento eficaz da apneia obstrutiva do sono, e o sono REM sem atonia não aparece no monitoramento polissonográfico.

Outro transtorno dissociativo especificado (transtorno dissociativo psicogênico relacionado ao sono). Diferentemente de quase todas as outras parassonias, que surgem abruptamente do sono não REM ou REM, os comportamentos dissociativos psicogênicos têm origem em um período de vigília bem definido durante o sono. Diferentemente do transtorno comportamental do sono REM, esta condição é mais prevalente em jovens do sexo feminino.

Simulação. Muitos casos de simulação nos quais o indivíduo relata movimentos problemáticos durante o sono imitam perfeitamente as características clínicas do transtorno comportamental do sono REM. A obtenção de documentação polissonográfica é imprescindível.

Comorbidade

O transtorno comportamental do sono REM apresenta-se concomitantemente em torno de 30% dos pacientes com narcolepsia. Nos casos em que ocorrer com a narcolepsia, os aspectos demográficos refletem a faixa etária mais jovem da narcolepsia, com igual frequência entre os sexos masculino e feminino. Com base em achados de indivíduos que se apresentam em clínicas do sono, a maior parte (> 50%) com transtorno comportamental do sono REM, inicialmente tipo "idiopático", acabará desenvolvendo, no fim, uma doença neurodegenerativa – notadamente, uma das sinucleinopatias (doença de Parkinson; atrofia sistêmica múltipla; ou transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy). Com frequência, o transtorno comportamental do sono REM antecipa qualquer outro sinal desses transtornos em muitos anos (frequentemente mais de uma década).

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

O transtorno comportamental do sono REM é praticamente idêntico ao transtorno comportamental do sono REM na segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2).

Síndrome das Pernas Inquietas

Critérios Diagnósticos **333.94 (G25.81)**

A. Necessidade de movimentar as pernas, em geral acompanhada por, ou em resposta a, sensações desconfortáveis e desagradáveis nas pernas, que se caracteriza por todas as circunstâncias a seguir:
   1. A necessidade de movimentar as pernas inicia-se e agrava-se durante períodos de repouso ou de inatividade.
   2. A necessidade de movimentar as pernas é aliviada, completa ou parcialmente, pelo movimento.
   3. A necessidade de movimentar as pernas é maior no fim da tarde ou durante a noite do que durante o dia ou ocorre somente no fim da tarde ou à noite.

B. Os sintomas do Critério A ocorrem pelo menos três vezes por semana e persistiram durante no mínimo três meses.

C. Os sintomas do Critério A são acompanhados de sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas do Critério A não são atribuíveis a nenhum outro transtorno mental ou condição médica (p. ex., artrite, edema nas pernas, isquemia periférica, cãibras nas pernas) e não são mais bem explicados por uma condição comportamental (p. ex., desconforto postural, batida habitual dos pés).

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos do consumo de drogas ou do uso de medicamentos (p. ex., acatisia).

Características Diagnósticas

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é um transtorno neurológico sensório-motor do sono que se caracteriza por uma necessidade de movimentar as pernas ou os braços; em geral está associada a sensações desconfortáveis, tipicamente descritas como de rastejar, engatinhar, formigamento, queimação ou pruriginosas (Critério A). O diagnóstico de SPI baseia-se principalmente em autorrelatos e nas histórias dos pacientes. Os sintomas pioram quando o indivíduo está em estado de repouso, e o movimento frequente das pernas ocorre em um esforço para aliviar sensações desconfortáveis. Os sintomas se agravam no fim da tarde e à noite e, em alguns indivíduos, ocorrem somente nesse período. O agravamento vespertino ocorre independentemente de quaisquer alterações nas atividades. É importante diferenciar SPI de outras condições, como desconforto postural ou cãibras nas pernas (Critério D).

Os sintomas de SPI podem retardar o início do sono e acordar o indivíduo e estão associados a fragmentação significativa do sono. O alívio obtido com a movimentação pode não ser muito aparente em casos graves. A SPI está associada a sonolência diurna e, com frequência, é acompanhada de sofrimento clínico e prejuízos funcionais significativos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os movimentos periódicos das pernas no sono (MPPS) podem servir como evidência comprobatória de SPI, sendo que até 90% dos indivíduos são diagnosticados com SPI e demonstram MPPS quando os registros são feitos em várias noites. Os movimentos periódicos das pernas durante a vigília dão suporte ao diagnóstico de SPI. Relatos de dificuldade em iniciar e manter o sono e de

sonolência excessiva durante o dia podem também estar associados ao diagnóstico de SPI. Características associadas adicionais incluem história familiar de SPI entre parentes de primeiro grau e atenuação dos sintomas, pelo menos inicialmente, com tratamento dopaminérgico.

Prevalência

As taxas de prevalência da SPI variam bastante quando são utilizados critérios amplos, porém variam de 2 a 7,2% quando são utilizados critérios mais definidos. Quando a frequência dos sintomas é de pelo menos três vezes por semana, com sofrimento moderado ou grave, a taxa de prevalência é de 1,6%; quando a frequência dos sintomas é de pelo menos uma vez por semana, a taxa de prevalência é de 4,5%. Pessoas do sexo feminino têm 1,5 a 2 vezes mais probabilidade do que as do sexo masculino de ter SPI. A SPI aumenta também com a idade. A prevalência da síndrome pode ser mais baixa nas populações asiáticas.

Desenvolvimento e Curso

Geralmente, o início da SPI ocorre na segunda ou na terceira década de vida. Aproximadamente 40% dos indivíduos diagnosticados com SPI durante a fase adulta relatam que tiveram sintomas antes dos 20 anos, e 20% relatam que tiveram sintomas antes dos 10 anos de idade. As taxas de prevalência de SPI aumentam de forma constante com a idade até os 60 anos, sendo que os sintomas permanecem estáveis ou diminuem ligeiramente em grupos etários mais velhos. Em comparação com casos não familiares, a SPI familiar costuma ter idade de início mais baixa e um curso progressivo mais lento. O curso clínico da SPI difere de acordo com a idade de início. Com frequência, quando o início ocorre antes dos 45 anos, a progressão dos sintomas é lenta. Na SPI de início tardio, a progressão rápida é típica, sendo comum a presença de fatores agravantes. Aparentemente, os sintomas da SPI são semelhantes ao longo da vida e permanecem estáveis ou diminuem ligeiramente nos grupos etários mais velhos.

O diagnóstico de SPI em crianças pode ser muito difícil em razão do componente de autorrelato. Enquanto o Critério A para adultos assume que a descrição da "necessidade de movimentar" é dada pelo paciente, o diagnóstico pediátrico requer uma descrição nos próprios termos da criança, em vez da descrição dos pais ou de cuidadores. Geralmente, crianças com idade igual ou superior a 6 anos têm condição de fornecer descrições detalhadas e adequadas de SPI. No entanto, em raras situações, utilizam ou entendem o significado da palavra "necessidade"; em vez desse termo, costumam dizer que suas pernas "têm de" ou "precisam" se movimentar. Além disso, potencialmente relacionada a períodos prolongados em que permanecem sentados durante as aulas, dois terços das crianças e dos adolescentes relatam a ocorrência de sensações nas pernas durante o dia. Assim, para o diagnóstico do Critério A3, é importante comparar períodos de igual duração em que os indivíduos permanecem sentados ou deitados durante o dia com os períodos em que permanecem sentados ou deitados no fim da tarde ou à noite. O agravamento noturno tende a persistir mesmo no contexto de SPI pediátrica. Da mesma forma que na SPI em adultos, há um impacto negativo significativo sobre o sono, o humor, a cognição e o funcionamento. A ocorrência de prejuízos em crianças e em adolescentes manifesta-se com mais frequência nos domínios comportamental e educacional.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Os fatores predisponentes incluem sexo feminino, envelhecimento, variantes do risco genético e história familiar de SPI. Fatores precipitantes são frequentemente limitados pelo tempo, tais como deficiência de ferro, com a maior parte dos indivíduos retomando os padrões normais de sono após o evento desencadeador inicial ter desaparecido. As variantes de risco genético também desempenham um papel importante na SPI secundária a distúrbios como uremia, sugerindo que indivíduos com suscetibilidade genética desenvolvem SPI na presença de fatores de risco adicionais. A SPI tem um forte componente familiar.

Existem vias fisiopatológicas definidas que contribuem para a SPI. Estudos amplos de associação genômica descobriram que há associação significativa entre SPI e variantes genéticas comuns em regiões intrônicas ou intergênicas em *MEIS1*, *BTBD9* e *MAP2K5* nos cromossomos 2p, 6p e 15q, respectivamente. A associação dessas três variantes com a SPI foi replicada de forma independente. O gene *BTBD9* confere um risco excessivamente elevado (80%) mesmo na presença de um único

alelo. Por causa da alta frequência dessa variante em indivíduos de descendência europeia, o risco atribuível à população (RAP) aproxima-se de 50%. Alelos em situação de risco associados aos genes *MEIS1* e *BTBD9* são menos comuns em indivíduos de descendência africana ou asiática, talvez sugerindo risco mais baixo de SPI nessas populações.

O mecanismo fisiopatológico na SPI também inclui perturbações no sistema dopaminérgico central e no metabolismo do ferro. Pode haver também envolvimento do sistema opioide endógeno. Os efeitos de tratamentos com medicamentos dopaminérgicos (principalmente os agonistas não ergot D_2 e D_3) fornecem mais apoio de que a SPI é fundamentada em vias dopaminérgicas centrais disfuncionais. Embora o tratamento efetivo da síndrome também apresente reduções significativas nos sintomas depressivos, em alguns indivíduos os antidepressivos serotonérgicos podem induzir ou agravar a síndrome das pernas inquietas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Embora a prevalência da SPI seja maior entre o sexo feminino do que entre o masculino, não há diferenças diagnósticas de acordo com o gênero. No entanto, a prevalência da SPI durante a gestação é duas ou três vezes maior do que na população em geral. A síndrome das pessoas inquietas associada à gravidez apresenta seu ponto máximo durante o terceiro trimestre e, na maioria das vezes, melhora ou desaparece imediatamente após o parto. A diferença de gênero na prevalência da SPI é explicada, pelo menos em parte, pela paridade, sendo que em mulheres nulíparas e em homens da mesma idade o risco de incidência da síndrome é o mesmo.

Marcadores Diagnósticos

A polissonografia demonstra a presença de anormalidades significativas na SPI, latência em geral aumentada para conciliar o sono e índice de despertar mais elevado. A polissonografia com um teste de imobilização precedente pode ser um indicador de sinais motores da SPI e de movimentos periódicos dos membros, tanto em condições de sono padrão como em períodos de repouso tranquilo, sendo que ambas as situações podem provocar sintomas da síndrome das pernas inquietas.

Consequências Funcionais da Síndrome das Pernas Inquietas

Formas de SPI suficientemente graves para causar prejuízos funcionais ou associados com transtornos mentais, incluindo depressão e ansiedade, ocorrem em aproximadamente 2 a 3% da população.

Embora o impacto de sintomas mais leves seja bem menos caracterizado, indivíduos com SPI queixam-se de alteração em pelo menos uma atividade durante o dia, sendo que até 50% relatam impacto negativo sobre o humor, e 47,6% relatam falta de energia. As consequências mais comuns da SPI são perturbação do sono, incluindo redução no tempo de dormir, fragmentação do sono e perturbação global; depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático; prejuízos na qualidade de vida. A SPI poderá resultar em sonolência durante o dia ou fadiga e, com frequência, é acompanhada por sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento afetivo, social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou cognitivo.

Diagnóstico Diferencial

As condições mais importantes no diagnóstico diferencial de SPI são cãibras nas pernas, desconforto postural, artralgias/artrite, mialgias, isquemia posicional (dormência), edema nas pernas, neuropatia periférica, radiculopatia e batida habitual dos pés. "Nós" musculares (cãibras), alívio com uma simples mudança postural, limitações articulares, sensibilidade na palpação (mialgias) e outras anormalidades observadas no exame físico não são características da SPI. Diferentemente da SPI, as cãibras noturnas das pernas não se apresentam tipicamente com a necessidade de movimentar os membros, nem ocorrem movimentos frequentes dos membros. Condições menos comuns para serem diferenciadas de SPI incluem acatisia neuroléptica induzida, mielopatia, insuficiência venosa sintomática, doença de artérias periféricas, eczema, outros problemas ortopédicos e inquietação induzida pela ansiedade. Agravamento à noite e movimentos periódicos dos membros são mais comuns na SPI do que na acatisia induzida por medicamentos ou na neuropatia periférica.

Embora seja importante que os sintomas de SPI não sejam atribuídos apenas a outra condição médica ou comportamental, deve ser levado em consideração que qualquer uma dessas condições semelhantes pode ocorrer em indivíduos com SPI. Portanto, é necessário focalizar separadamente cada uma das condições possíveis no processo diagnóstico e na avaliação de impacto. Para os casos em que não houver certeza sobre o diagnóstico de SPI, avaliações para as características associadas da síndrome, particularmente MPPS ou história familiar de SPI, podem ser úteis. Características clínicas, tais como a resposta a um agente dopaminérgico e história familiar positiva de SPI, podem ajudar no diagnóstico diferencial.

Comorbidade

Transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos de atenção geralmente são comórbidos com SPI e são discutidos na seção "Consequências Funcionais da Síndrome das Pernas Inquietas". Doença cardiovascular é o principal distúrbio médico comórbido com SPI. Podem ocorrer associações com inúmeros outros distúrbios médicos, incluindo hipertensão, narcolepsia, enxaqueca, doença de Parkinson, esclerose múltipla, neuropatia periférica, apneia obstrutiva do sono, diabetes melito, fibromialgia, osteoporose, obesidade, doença da tireoide e câncer. Deficiência de ferro, gestação e insuficiência renal crônica também são comórbidas com SPI.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) apresenta critérios semelhantes para SPI, porém não contém um critério que especifique a frequência ou a duração dos sintomas.

Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Um transtorno do sono proeminente e grave.
B. Evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de (1) e (2):
   1. O sintoma mencionado no Critério A se desenvolveu durante ou logo após a intoxicação por alguma substância ou depois da descontinuação ou da exposição a um medicamento.
   2. A substância ou medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas mencionados no Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno do sono que não seja induzido por substância ou medicamento. Tais evidências de um transtorno independente do sono podem incluir o seguinte:

   Os sintomas precedem o início do uso da substância ou medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (p. ex., cerca de um mês) após a cessação de abstinência aguda ou de intoxicação grave; ou existe outra evidência sugerindo a existência de um transtorno do sono independente não induzido por substância ou medicamento (p. ex., história de recorrência de episódios não relacionados ao uso de substância ou medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativos e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: O diagnóstico deve ser feito, em vez de um diagnóstico de abstinência ou de intoxicação por substância, somente quando houver predominância dos sintomas mencionados no Critério A no quadro clínico e quando forem suficientemente graves para justificar atenção clínica.
Nota para codificação: A tabela a seguir mostra os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para os transtornos do sono induzidos por [substância/medicamento específico]. Cabe observar que

o código da CID-10-MC depende do fato de haver ou não a presença de um transtorno comórbido por uso de substância para a mesma classe de substância. Se o transtorno por uso de uma substância leve for comórbido com o transtorno do sono induzido por substância, o dígito da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes do transtorno do sono induzido por substância (p. ex., "transtorno leve por uso de cocaína com transtorno do sono induzido por cocaína"). Se o transtorno por uso de uma substância moderado ou grave for comórbido com o transtorno do sono induzido por substância, o dígito da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver nenhum transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., depois do uso pesado da substância por uma vez), o dígito da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar somente o transtorno do sono induzido por substância. É necessário um transtorno moderado ou grave por uso de tabaco para codificar um transtorno do sono induzido por tabaco; não é permitido codificar um transtorno leve por uso de tabaco comórbido ou nenhum transtorno por uso de tabaco com um transtorno do sono induzido por tabaco.

Determinar o subtipo:

Tipo insônia: Caracterizado pela dificuldade de conciliar ou manter o sono, por despertares noturnos frequentes ou por sono não reparador.

Tipo sonolência durante o dia: Caracterizado pela queixa predominante de sonolência/fadiga excessiva na hora de acordar ou, menos comumente, depois de um longo período de sono.

Tipo parassonia: Caracterizado por eventos comportamentais anormais durante o sono.

Tipo misto: Caracterizado por um problema de sono induzido por substância/medicamento que se apresenta com múltiplos tipos de sintomas do sono, mas sem predominância clara de nenhum sintoma.

Especificar se (a Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" apresenta diagnósticos associados à classe de substância):

Com início durante a intoxicação: Este especificador deve ser utilizado se forem atendidos os critérios para intoxicação pela substância/medicamento e se os sintomas se desenvolveram durante o período de intoxicação.

Com início durante a descontinuação/abstinência: Este especificador deve ser utilizado se forem atendidos os critérios para descontinuação/abstinência da substância/medicamento e se os sintomas se desenvolveram durante, ou imediatamente após, a descontinuação do uso da substância/medicamento.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	**Com transtorno por uso, leve**	**Com transtorno por uso, moderado ou grave**	**Sem transtorno por uso**
Álcool	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cannabis	292.85	F12.188	F12.288	F12.988
Opioide	292.85	F11.182	F11.282	F11.982
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	292.85	NA	F17.208	NA
Outras substâncias (ou substâncias desconhecidas)	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno do sono induzido por substância/medicamento inicia com a substância específica (p. ex., cocaína, bupropiona) que presumivelmente esteja causando a perturbação do sono. O código do diagnóstico deve ser selecionado na tabela inclusa no grupo de critérios, que se baseia na classe do medicamento. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., bupropiona), deve-se utilizar o código para "outra substância", e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve-se utilizar a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno deve ser seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a descontinuação/abstinência), seguida pela designação do subtipo (i.e., tipo insônia, tipo sonolência durante o dia, tipo parassonia, tipo misto). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combina transtorno induzido por substância e transtorno por uso de substância em um único código, no caso da CID-9-MC, atribui-se um código específico para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de insônia que ocorre durante a abstinência em indivíduos com transtorno grave por uso de lorazepam, o diagnóstico é transtorno do sono induzido por lorazepam, com início durante a abstinência, tipo insônia 292.85. Um diagnóstico adicional de transtorno grave por uso de lorazepam 304.10 também é feito. Nas situações em que mais de uma substância estiver desempenhando um papel importante no desenvolvimento da perturbação do sono, deve-se listar cada uma delas separadamente (p. ex., transtorno do sono induzido por álcool, com início durante a intoxicação, tipo insônia 292.85; transtorno do sono induzido por cocaína, com início durante a intoxicação, tipo insônia 292.85).

CID-10-MC. O nome do transtorno do sono induzido por substância/medicamento inicia com a substância específica (p. ex., cocaína, bupropiona) que presumivelmente esteja causando a perturbação do sono. O código do diagnóstico deve ser selecionado na tabela inclusa no grupo de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., bupropiona), deve-se utilizar o código para "outra substância", e, nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas sua classe específica é desconhecida, deve-se utilizar a categoria "substância desconhecida".

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno comórbido por uso de substância (caso exista algum) deverá ser listado em primeiro lugar, seguido pela palavra "com", seguida pelo nome do transtorno do sono induzido por substância, seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a descontinuação/abstinência), seguida pela designação do subtipo (i.e., tipo insônia, tipo sonolência durante o dia, tipo parassonia, tipo misto). Por exemplo, no caso de insônia que ocorre durante a abstinência em indivíduos com transtorno grave por uso de lorazepam, o diagnóstico é transtorno do sono induzido por lorazepam, com início durante a abstinência, tipo insônia F13.282. Não há um diagnóstico específico de transtorno comórbido grave por uso de lorazepam. Se o transtorno do sono induzido por substância ocorrer sem um transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., com uso de medicamento), não se registra a coexistência de nenhum transtorno por uso de substância (p. ex., transtorno do sono induzido por bupropiona, com início durante o uso do medicamento, tipo insônia F19.982). Quando mais de uma substância estiver desempenhando um papel importante no desenvolvimento da perturbação do sono, cada uma delas deverá ser listada separadamente (p. ex., transtorno grave por uso de álcool com transtorno do sono induzido por álcool, com início durante a intoxicação, tipo insônia F10.282; transtorno grave por uso de cocaína com transtorno do sono induzido por cocaína, com início durante a intoxicação, tipo insônia, F14.282).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno do sono induzido por substância/medicamento é a presença de uma perturbação proeminente do sono suficientemente grave para justificar atenção clínica independente (Critério A) e que esteja primariamente associada aos efeitos farmacológicos de uma substância (i.e., droga de abuso, medicamento, exposição a toxinas) (Critério B). Dependendo da substância envolvida, costuma-se relatar um entre quatro tipos de perturbações do sono. Tipo insônia e tipo sonolência durante o dia são os mais comuns, enquanto o tipo parassonia é observado com menos

frequência. O tipo misto caracteriza-se pela presença de mais de um tipo de sintoma de perturbação do sono, sem predominância de nenhum deles. A perturbação não é mais bem explicada por nenhum outro transtorno do sono (Critério C). Um transtorno do sono induzido por substância/medicamento é diferente do transtorno de insônia ou de um transtorno associado com sonolência diurna excessiva levando-se em consideração o início e o curso. No caso de drogas de abuso, é imprescindível que haja evidências de intoxicação ou de abstinência a partir da história, do exame físico e dos achados laboratoriais. O transtorno do sono induzido por substância/medicamento surge apenas em associação com estados de intoxicação ou descontinuação/abstinência, ao passo que outros transtornos do sono podem anteceder o início do uso de substâncias ou ocorrer durante momentos de abstinência sustentada. Considerando que os estados de descontinuação/abstinência para algumas substâncias podem ser prolongados, o início da perturbação do sono pode ocorrer quatro semanas depois da cessação do uso da substância, e a perturbação poderá apresentar características atípicas de outros transtornos do sono (p. ex., início ou curso atípicos para a idade). Não é possível fazer o diagnóstico se a perturbação do sono ocorrer somente durante *delirium* (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Esse diagnóstico deve ser feito, em vez do diagnóstico de intoxicação ou abstinência de substância, somente quando houver predominância dos sintomas do Critério A no quadro clínico e quando os sintomas justificarem atenção clínica independente.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Com frequência, durante períodos de uso de substância/medicamento, intoxicação ou abstinência, os indivíduos se queixam de humor disfórico, incluindo depressão e ansiedade, irritabilidade, comprometimento cognitivo, incapacidade de concentrar-se e fadiga.

Possivelmente, ocorram perturbações proeminentes e graves do sono em associação à intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: álcool; cafeína; *Cannabis*; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Perturbações proeminentes e graves do sono podem ocorrer em associação com abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; cafeína; *Cannabis*; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Alguns medicamentos que causam perturbações do sono incluem agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas da dopamina, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotonérgicos, anti-histamínicos e corticosteroides.

Álcool. O transtorno do sono induzido por álcool que geralmente ocorre é o tipo insônia. Durante intoxicações agudas, o álcool produz efeito sedativo imediato dependendo da dose, acompanhado de aumento nos estágios 3 e 4 do sono não REM e redução no sono REM. Logo após esses efeitos iniciais, pode ocorrer aumento na vigília, sono agitado e sonhos vívidos carregados de ansiedade no período de sono remanescente. Em paralelo, diminuem os estágios 3 e 4 do sono e aumentam a vigília e o sono REM. O álcool poderá agravar o transtorno do sono relacionado à respiração. Com o consumo habitual, o álcool continua a apresentar um efeito sedativo de curta duração na primeira metade da noite, seguido pela interrupção na continuidade do sono na segunda metade. Durante a abstinência de álcool, ocorre interrupção extrema na continuidade do sono e aumento na quantidade e intensidade do sono REM, frequentemente associadas a sonhos vívidos, que, em sua forma extrema, fazem parte do *delirium* causado pela abstinência de álcool. Depois de abstinência aguda, os usuários crônicos de álcool poderão continuar se queixando de sono leve e fragmentado por períodos que podem variar de semanas a anos, em associação com um déficit persistente no sono de ondas lentas.

Cafeína. O transtorno do sono induzido por cafeína produz insônia dose-dependente, sendo que alguns indivíduos se apresentam com sonolência diurna relacionada à abstinência.

***Cannabis*.** A administração aguda de *Cannabis* pode encurtar a latência do sono, embora possam ocorrer efeitos excitatórios com incrementos na latência do sono. A *Cannabis* intensifica o sono de ondas lentas e suprime o sono REM depois de administração aguda. Os usuários crônicos desenvolvem tolerância à indução do sono e efeitos intensificadores do sono de ondas lentas. Existem relatos de que a abstinência provoca dificuldades para dormir e sonhos desagradáveis que duram

várias semanas. Durante essa fase, os estudos polissonográficos mostram redução no sono de ondas lentas e aumento no sono REM.

Opioides. Os opioides podem aumentar a sonolência e a profundidade subjetiva do sono e diminuir o sono REM durante uso agudo de curto prazo. Com administração continuada, os indivíduos desenvolvem tolerância aos efeitos sedativos dos opioides, sendo comum a queixa de insônia. Os opioides exacerbam a apneia do sono, demonstrando consistência com os efeitos respiratórios depressivos.

Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (p. ex., barbitúricos, agonistas dos receptores benzodiazepínicos, meprobamato, glutetimida, metiprilon) apresentam efeitos semelhantes aos dos opioides durante o sono. Em intoxicações agudas, os medicamentos sedativos hipnóticos produzem o aumento esperado na sonolência e diminuem o estado de vigília. O uso crônico (em particular os barbitúricos e os medicamentos não barbitúricos e não benzodiazepínicos mais antigos) pode causar tolerância, com o retorno subsequente da insônia. Possivelmente ocorra sonolência durante o dia. Os medicamentos sedativos hipnóticos podem aumentar a frequência e a gravidade de eventos de apneia obstrutiva do sono. As parassonias estão associadas ao uso de agonistas de receptores benzodiazepínicos, principalmente nos casos em que esses medicamentos são tomados em doses mais elevadas e quando combinados com outros medicamentos sedativos. A descontinuação abrupta no uso crônico de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode levar à abstinência, mas mais comumente à insônia de rebote, uma condição que se caracteriza pela exacerbação da insônia em consequência da interrupção por 1 a 2 dois dias, que pode ocorrer mesmo nos casos de uso de curto prazo. Os medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com ação de curta duração provavelmente produzam mais queixas de insônia de rebote, ao passo que, com frequência, aqueles de ação com duração mais prolongada estão associados à sonolência durante o dia. Qualquer medicamento sedativo, hipnótico ou ansiolítico tem potencial para causar sedação durante o dia, insônia por abstinência ou insônia de rebote.

Anfetaminas, substâncias relacionadas e outros estimulantes. Os transtornos do sono induzidos por anfetaminas, substâncias relacionadas e outros estimulantes caracterizam-se pela presença de insônia durante a intoxicação e sonolência excessiva durante a abstinência. Durante intoxicações agudas, os estimulantes reduzem a quantidade total de sono, aumentam a latência do sono e as perturbações na sua continuidade e diminuem o sono REM. Há tendência de reduzir o sono de ondas lentas. Durante a abstinência do uso crônico de estimulantes, ocorrem eventos como duração prolongada do sono noturno e sonolência excessiva durante o dia. O teste de latência múltipla do sono revela aumento na sonolência diurna na fase de abstinência. Drogas como a 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA; *ecstasy*) e substâncias relacionadas provocam sono agitado e perturbado dentro de 48 horas após a ingestão; o uso frequente desses compostos está associado a sintomas persistentes de ansiedade, depressão e perturbações no sono, mesmo durante abstinências de prazo mais longo.

Tabaco. O consumo crônico de tabaco está associado principalmente a sintomas de insônia, sono de ondas lentas diminuído com redução da eficiência do sono e aumento na sonolência durante o dia. A abstinência de tabaco poderá produzir alterações no sono. Fumantes inveterados podem experimentar despertares noturnos regulares causados pelo desejo de fumar.

Outras substâncias/medicamentos ou substâncias desconhecidas. Outras substâncias ou medicamentos podem produzir perturbações no sono, em particular medicamentos que afetam o sistema nervoso central e o sistema nervoso autônomo (p. ex., agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas da dopamina, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotonérgicos, anti-histamínicos e corticosteroides).

Desenvolvimento e Curso

Em crianças, a insônia pode ser identificada pelos pais ou pela própria criança. Com frequência, as crianças apresentam perturbações claras no sono, associadas ao início do uso de um medicamento, mas podem não relatar os sintomas, embora os pais percebam a presença dessas perturbações. O uso de algumas substâncias ilícitas (p. ex., *Cannabis*, *ecstasy*) é prevalente na adolescência e na fase inicial da vida adulta. Insônia ou qualquer outra perturbação do sono observada nesse grupo etário deve levantar a suspeita de a perturbação ser causada pelo consumo dessas substâncias.

Nesses grupos etários, o comportamento de busca de ajuda para a perturbação do sono é limitado; consequentemente, torna-se necessário obter relatos confirmatórios dos pais, cuidadores ou professores. Pessoas mais velhas tomam mais medicamentos e correm mais risco de desenvolver algum transtorno do sono induzido por substância/medicamento. Elas podem interpretar a perturbação do sono como parte de um processo normal de envelhecimento e deixam de relatar os sintomas. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior (p. ex., demência) também correm o risco de transtornos do sono induzidos por substância/medicamento, mas podem deixar de relatar os sintomas, o que torna particularmente importante o relato corroborativo de cuidadores.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os fatores de risco e prognóstico envolvidos no abuso/dependência de substância ou no uso de medicamentos seguem um padrão para determinados grupos etários. Eles são relevantes, e provavelmente aplicáveis, para o tipo de perturbação do sono observado (o capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" apresenta descrições dos respectivos transtornos por uso de substâncias).

Temperamentais. De maneira geral, o uso de substâncias precipita ou acompanha a insônia em indivíduos vulneráveis. Portanto, a presença de insônia em resposta ao estresse ou a mudanças no ambiente ou no horário de sono pode representar risco para o desenvolvimento de algum transtorno do sono induzido por substância/medicamento. A presença de risco semelhante é provável em indivíduos com outros transtornos do sono (p. ex., indivíduos com hipersonia que usam estimulantes).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O consumo de substâncias, incluindo os medicamentos prescritos, pode depender, em parte, da formação cultural e da legislação local específica para uso de drogas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Existem prevalências específicas de gênero (i.e., o sexo feminino é mais afetado que o masculino a uma razão de 2:1) para padrões de consumo de algumas substâncias (p. ex., álcool). A mesma quantidade e duração de consumo de uma determinada substância pode levar a resultados substancialmente diferentes em relação ao sono em homens e mulheres com base, por exemplo, em diferenças específicas de gênero nas funções hepáticas.

Marcadores Diagnósticos

Cada um dos transtornos do sono induzidos por substância/medicamento produz padrões eletrencefalográficos de sono associados a outros transtornos, mas não podem ser considerados diagnósticos. O perfil eletrencefalográfico do sono para cada substância relaciona-se ao estágio de uso, ou seja, ingestão/intoxicação, uso crônico ou abstinência logo após a descontinuação do uso da substância. A polissonografia durante toda a noite pode ajudar na definição da gravidade das queixas de insônia, enquanto os testes de latência múltipla do sono fornecem informações sobre a gravidade da sonolência diurna. O monitoramento da respiração noturna e dos movimentos periódicos dos membros com auxílio da polissonografia permite verificar o impacto de uma substância sobre a respiração durante a noite e o comportamento motor. Os diários de sono por duas semanas e a actigrafia são considerados ferramentas úteis para confirmar a presença de algum transtorno do sono induzido por substância/medicamento. O rastreamento de drogas pode ser bastante útil nas situações em que o indivíduo não estiver consciente ou não estiver disposto a dar informações sobre a ingestão de substâncias.

Consequências Funcionais do Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento

Embora existam muitas consequências funcionais associadas aos transtornos do sono, a única consequência exclusiva do transtorno do sono induzido por substância/medicamento é o aumento no

risco de recaída. O grau de perturbação do sono durante a abstinência de álcool (p. ex., o sono REM de rebote) é um preditor do risco de recaída do alcoolismo. O monitoramento da qualidade do sono e da sonolência diurna durante e depois da abstinência pode fornecer informações clinicamente significativas sobre a possibilidade de aumento no risco de recaídas.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por substância ou abstinência de substância. Em geral, as perturbações do sono são observadas no contexto de intoxicação por substância ou de descontinuação/abstinência do uso de substância. Um diagnóstico de transtorno do sono induzido por substância/medicamento deve ser estabelecido, em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou de descontinuação/abstinência do uso de substância, somente nos casos em que a perturbação do sono for predominante no quadro clínico e for suficientemente grave para justificar atenção clínica independente.

***Delirium*.** Se a perturbação do sono induzida por substância/medicamento ocorrer exclusivamente durante o curso de *delirium*, ela não é diagnosticada separadamente.

Outros transtornos do sono. Um transtorno do sono induzido por substância/medicamento distingue-se de outro transtorno do sono se uma substância ou medicamento estiver relacionado aos sintomas sob o ponto de vista etiológico. Qualquer transtorno do sono induzido por substância/medicamento atribuído a um medicamento prescrito para tratamento de um transtorno mental ou de uma condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo estiver recebendo o medicamento ou durante sua descontinuação, caso haja uma síndrome da descontinuação/abstinência associada ao uso do medicamento. Uma vez que o tratamento é descontinuado, o transtorno do sono irá geralmente remitir dentro de um período que pode variar de dias a várias semanas. Se os sintomas persistirem além de quatro semanas, deve-se considerar a hipótese de outras causas para os sintomas relacionados à perturbação do sono. Não raramente, indivíduos com outro transtorno do sono automedicam seus sintomas com medicamentos ou drogas de abuso (p. ex., álcool para o manejo da insônia). Se a substância/medicamento tem um papel significativo na exacerbação da perturbação do sono, um diagnóstico adicional de transtorno do sono induzido por substância/medicamento pode ser necessário.

Transtorno do sono causado por outra condição médica. O transtorno do sono induzido por substância/medicamento e o transtorno do sono associado a alguma outra condição médica podem produzir sintomas semelhantes de insônia, sonolência durante o dia ou parassonia. Muitos indivíduos com outras condições médicas que provocam perturbação do sono são tratados com medicamentos que também causam essas perturbações. A cronologia dos sintomas é o fator mais importante para fazer a distinção entre essas duas fontes de sintomas do sono. Dificuldades com o sono que claramente precedem o uso de qualquer medicamento para o tratamento de uma condição médica sugerem um diagnóstico de transtorno do sono associado com outra condição médica. Já os sintomas do sono que surgirem somente após o início do uso de uma determinada substância ou medicamento sugerem a presença de um transtorno do sono induzido por substância/medicamento. Se a perturbação for comórbida com outra condição médica e for também exacerbada pelo uso de substâncias, ambos os diagnósticos são estabelecidos (i.e., transtorno do sono associado a alguma outra condição médica e transtorno do sono induzido por substância/medicamento). Nas situações em que as evidências não forem suficientes para determinar se a perturbação do sono é atribuível a uma substância ou medicamento ou a outra condição médica ou se é primária (i.e., não é causada por uma substância ou medicamento nem por outra condição médica), o diagnóstico indicado é de outro transtorno do sono-vigília especificado ou de transtorno do sono-vigília não especificado.

Comorbidade

Ver as seções "Comorbidade" para outros transtornos do sono neste capítulo, incluindo insônia, hipersonolência, apneia central do sono, hipoventilação relacionada ao sono e transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo trabalho em turnos.

Relação com a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*

A segunda edição da *Classificação internacional dos distúrbios do sono* (CIDS-2) apresenta uma lista de transtornos do sono "causados por um medicamento ou por uma substância" de acordo com os respectivos fenótipos (p. ex., insônia, hipersonia).

Outro Transtorno de Insônia Especificado

780.52 (G47.09)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de insônia que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios de transtorno de insônia ou qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos do sono-vigília. A categoria outro transtorno de insônia especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para o transtorno de insônia ou qualquer transtorno do sono-vigília específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno de insônia especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "transtorno de insônia breve").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno de insônia especificado" incluem:

1. **Transtorno de insônia breve:** A duração é inferior a três meses.
2. **Restrito a sono não reparador:** A queixa predominante é de sono não reparador não acompanhado de outros sintomas do sono, como dificuldade para conciliar o sono ou permanecer adormecido.

Transtorno de Insônia Não Especificado

780.52 (G47.00)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de insônia que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno de insônia ou qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do sono-vigília. A categoria transtorno de insônia não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para o transtorno de insônia ou qualquer transtorno do sono-vigília específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Outro Transtorno de Hipersonolência Especificado

780.54 (G47.19)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de hipersonolência que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para o transtorno de hipersonolência ou qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do sono-vigília. A categoria outro transtorno de hipersonolência

especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para o transtorno de hipersonolência ou qualquer transtorno do sono-vigília específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno de hipersonolência especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "hipersonolência de breve duração", como na síndrome de Kleine-Levin).

Transtorno de Hipersonolência Não Especificado

780.54 (G47.10)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno de hipersonolência que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios do transtorno de hipersonolência ou de qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do sono-vigília. A categoria transtorno de hipersonolência não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para o transtorno de hipersonolência ou qualquer transtorno do sono-vigília específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Outro Transtorno do Sono-Vigília Especificado

780.59 (G47.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno do sono-vigília que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do sono-vigília e não se qualificam para um diagnóstico de outro transtorno de insônia especificado ou outro transtorno de hipersonolência especificado. A categoria outro transtorno do sono-vigília especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno do sono-vigília específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno do sono-vigília especificado", seguido da razão específica (p. ex., "despertares repetidos durante o sono com movimentos rápidos dos olhos sem polissonografia ou história de doença de Parkinson ou de outra sinucleinopatia").

Transtorno do Sono-Vigília Não Especificado

780.59 (G47.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno do sono-vigília que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do sono-vigília e não se qualificam para um diagnóstico de outro transtorno de insônia não especificado ou transtorno de hipersonolência não especificado. A categoria transtorno do sono-vigília não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno do sono-vigília específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Disfunções Sexuais

As disfunções sexuais incluem ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada. As disfunções sexuais formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual. Um mesmo indivíduo poderá ter várias disfunções sexuais ao mesmo tempo. Nesses casos, todas as disfunções deverão ser diagnosticadas.

O julgamento clínico deve ser utilizado para determinar se as dificuldades sexuais são resultado de estimulação sexual inadequada; mesmo nessas situações ainda pode haver necessidade de tratamento, embora o diagnóstico de disfunção sexual não seja aplicável. Esses casos incluem, mas não se limitam a, condições nas quais a falta de conhecimento sobre estimulação eficaz impede a experiência de excitação ou de orgasmo.

Os subtipos são usados para designar o início da dificuldade. Em muitos indivíduos com disfunções sexuais, o momento de início do quadro poderá indicar etiologias e intervenções diferentes. *Ao longo da vida* refere-se a um problema sexual que está presente desde as primeiras experiências sexuais, e *adquirido* aplica-se aos transtornos sexuais que se desenvolvem após um período de função sexual relativamente normal. *Generalizado* refere-se a dificuldades sexuais que não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros, e *situacional* aplica-se a dificuldades sexuais que ocorrem somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Além dos subtipos ao longo da vida/adquirido e generalizado/situacional, inúmeros fatores devem ser considerados durante a avaliação de uma disfunção sexual, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento e contribuir, em maior ou menor grau, para a disfunção nos indivíduos: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., falta de comunicação; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento.

O julgamento clínico sobre o diagnóstico de disfunção sexual deve levar em consideração fatores culturais que possam influenciar expectativas ou criar proibições sobre a experiência do prazer sexual. O envelhecimento pode estar associado a redução na resposta sexual normal para o período.

A resposta sexual tem uma base biológica essencial, embora, em geral, seja vivenciada em um contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Portanto, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Em muitos contextos clínicos, não se conhece com exatidão a etiologia de um determinado problema sexual. Não obstante, o diagnóstico de uma disfunção sexual requer a exclusão de problemas que são mais bem explicados por algum transtorno mental não sexual, pelos efeitos de uma substância (p. ex., droga ou medicamento), por uma condição médica (p. ex., devido a alguma lesão no nervo pélvico) ou por perturbação grave no relacionamento, violência do parceiro ou outros estressores.

Nos casos em que a essência da disfunção sexual for explicável por outro transtorno mental não sexual (p. ex., transtorno depressivo ou transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno de estres-

se pós-traumático, transtorno psicótico), deve-se, então, diagnosticar apenas o outro transtorno mental. Problemas que forem mais bem explicados pelo uso, abuso ou descontinuação de um medicamento ou substância devem ser diagnosticados como disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Nos casos em que a disfunção for atribuível a outra condição médica (p. ex., neuropatia periférica), o indivíduo não deve receber um diagnóstico psiquiátrico. Se perturbação grave do relacionamento, violência do parceiro ou outros estressores significativos explicarem melhor as dificuldades sexuais, não se aplica o diagnóstico de uma disfunção sexual; deve-se registrar um código adequado V ou Z para o problema do relacionamento ou para os estressores. Em muitos casos, é impossível estabelecer uma relação etiológica precisa entre alguma outra condição (p. ex., condição médica) e uma disfunção sexual.

Ejaculação Retardada

Critérios Diagnósticos **302.74 (F52.32)**

A. Qualquer um dos seguintes sintomas deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) da atividade sexual com parceira (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos), sem que o indivíduo deseje o retardo:
   1. Retardo acentuado na ejaculação.
   2. Baixa frequência marcante ou ausência de ejaculação.
B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizada: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.

Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

A característica particular da ejaculação retardada é retardo acentuado ou incapacidade de atingir a ejaculação (Critério A). O homem relata dificuldade ou incapacidade para ejacular, a despeito da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular. Geralmente esse tipo de queixa envolve atividade sexual com parceira. Na maior parte dos casos, faz-se o diagnóstico a partir do relato do próprio indivíduo. A definição de "retardo" não apresenta limites precisos, tendo em vista que não há consenso sobre o que seria um tempo razoável para atingir o orgasmo ou o que é um tempo inaceitavelmente longo para a maioria dos homens e para suas parceiras sexuais.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O homem e sua parceira podem relatar tentativas prolongadas de atingir o orgasmo a ponto de causar exaustão ou desconforto genital, cessando os esforços logo em seguida. Alguns homens podem dizer que evitam a atividade sexual em razão de um padrão repetitivo de dificuldade para ejacular. Algumas parceiras sexuais podem relatar que se sentem menos atraentes sexualmente porque o parceiro não consegue ejacular com facilidade.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de ejaculação retardada, tendo em vista que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintas para os sintomas apresentados por diferentes homens com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência não é clara em virtude da falta de uma definição precisa dessa síndrome. Trata-se da queixa sexual menos comum entre os homens. Somente 75% deles afirmam que sempre ejaculam durante a atividade sexual, e menos de 1% se queixa de problemas para conseguir a ejaculação que tenham mais de seis meses de duração.

Desenvolvimento e Curso

A ejaculação retardada do subtipo ao longo da vida inicia com as primeiras experiências sexuais e continua durante a vida toda. Por definição, a ejaculação retardada do subtipo adquirida inicia depois de um período de função sexual normal. Há poucas evidências a respeito do curso desse subtipo de ejaculação retardada. De forma aparente, a prevalência da disfunção permanece relativamente constante até os 50 anos de idade, quando a incidência começa a aumentar de forma significativa. Homens na faixa dos 80 anos relatam duas vezes mais a dificuldade para ejacular em comparação àqueles com menos de 59 anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A perda de nervos sensoriais periféricos de condução rápida e a redução na secreção de esteroides sexuais, ambas relacionadas à idade, podem estar associadas ao aumento da ejaculação retardada em homens com mais de 50 anos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As queixas de retardo ejaculatório variam de acordo com o país e a cultura. Elas são mais comuns entre homens nas populações asiáticas do que nos que vivem na Europa, na Austrália ou nos Estados Unidos. Essa variação pode ser atribuível às diferenças culturais ou genéticas entre as culturas.

Consequências Funcionais da Ejaculação Retardada

A dificuldade de ejaculação pode contribuir com as dificuldades na concepção. Com frequência, a ejaculação retardada está associada a sofrimento psicológico considerável em um ou em ambos os parceiros.

Diagnóstico Diferencial

Outra condição médica. O diagnóstico diferencial mais importante é entre ejaculação retardada explicada plenamente por outra doença médica ou lesão e ejaculação retardada com uma etiologia psicogênica, idiopática ou com etiologias psicológica e médica combinadas. O contexto situacional da queixa sugere a presença de uma base psicológica para o problema (p. ex., homens que conseguem

ejacular durante a atividade sexual com parceiro de um sexo, porém não do outro; homens que conseguem ejacular com um parceiro, mas não com outro do mesmo sexo; homens com padrões parafílicos de excitação; homens que precisam de uma atividade altamente ritualizada para ejacular em uma atividade sexual com parceiro). Outra doença médica ou lesão podem produzir retardo na ejaculação independentemente de questões psicológicas. Por exemplo, a incapacidade para ejacular pode ser causada pela interrupção no suprimento nervoso para os órgãos genitais, como pode ocorrer depois de lesão cirúrgica traumática nos gânglios simpáticos lombares, cirurgia abdominoperitoneal ou simpatectomia lombar. Acredita-se que a ejaculação seja controlada pelo sistema nervoso autônomo, envolvendo os nervos hipogástrico (simpático) e pudendo (parassimpático). Inúmeras doenças neurodegenerativas, como esclerose múltipla e neuropatia diabética ou alcóolica, podem causar incapacidade para ejacular. A ejaculação retardada deve também ser diferenciada de ejaculação retrógrada (i.e., ejaculação para dentro da bexiga), que pode ocorrer depois de ressecção transuretral da próstata.

Uso de substância/medicamento. Inúmeros agentes farmacológicos, como antidepressivos, antipsicóticos, medicamentos alfa simpáticos e opioides, podem causar problemas ejaculatórios.

Disfunção com orgasmo. É importante verificar, na história, se a queixa diz respeito a ejaculação retardada, sensação de orgasmo ou a ambas. A ejaculação ocorre nos órgãos genitais, enquanto se acredita que a experiência de orgasmo seja principalmente subjetiva. Em geral, ejaculação e orgasmo ocorrem ao mesmo tempo, mas nem sempre. Por exemplo, um homem com padrão ejaculatório normal pode se queixar de prazer diminuído (i.e., ejaculação anedônica). Esse tipo de queixa não seria codificado como ejaculação retardada, porém poderia ser codificado como outra disfunção sexual especificada ou disfunção sexual não especificada.

Comorbidade

Existem algumas evidências indicando que a ejaculação retardada é mais comum em formas graves do transtorno depressivo maior.

Transtorno Erétil

Critérios Diagnósticos **302.72 (F52.21)**

A. Pelo menos um dos três sintomas a seguir deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos):
   1. Dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual.
   2. Dificuldade acentuada em manter uma ereção até o fim da atividade sexual.
   3. Diminuição acentuada na rigidez erétil.

B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.

C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.

Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

A característica particular do transtorno erétil é a falha repetida em obter ou manter ereções durante as atividades sexuais com parceira (Critério A). A obtenção cuidadosa de uma história sexual é imprescindível para verificar se o problema esteve presente por um período de tempo significativo (i.e., pelo menos aproximadamente seis meses) e ocorre na maioria das ocasiões sexuais (i.e., pelo menos 75% das vezes). Os sintomas podem ocorrer somente em situações específicas envolvendo determinados tipos de estimulação ou de parceiros ou podem ocorrer de forma generalizada em todos os tipos de situações, estimulações ou parceiros.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Muitos homens com transtorno erétil podem apresentar baixa autoestima, baixa autoconfiança e senso diminuído de masculinidade, além de afeto deprimido. Podem ocorrer situações de medo e/ou evitação de futuros encontros sexuais. Satisfação sexual diminuída e desejo sexual reduzido na parceira do indivíduo são eventos comuns.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de transtorno erétil, tendo em vista que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados à vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintas para os sintomas apresentados por diferentes homens com esse transtorno.

Prevalência

Não se conhece a prevalência de transtorno erétil ao longo da vida *versus* adquirido. Há aumento expressivo relacionado à idade, tanto na prevalência como na incidência de problemas relacionados à ereção, em particular depois dos 50 anos de idade. Entre homens na faixa etária de 40 a 80 anos, 13 a 21% queixam-se de problemas eréteis ocasionais. Em torno de 2% daqueles com idade abaixo de 40 a 50 anos queixam-se de problemas frequentes com ereções, enquanto 40 a 50% dos homens acima de 60 a 70 anos podem ter problemas significativos com ereções. Cerca de 20% dos homens receiam ter problemas eréteis na primeira experiência sexual, ao passo que 8% vivenciaram problemas de ereção que impediram a penetração durante a primeira experiência sexual.

Desenvolvimento e Curso

Descobriu-se que a falha em atingir a ereção na primeira tentativa sexual está associada a relação sexual com uma parceira desconhecida, uso concomitante de drogas ou álcool, falta de vontade de ter relação sexual e pressão dos pares. A remissão da maioria desses problemas é espontânea, sem intervenção profissional, embora alguns homens continuem enfrentando problemas episódicos. O transtorno erétil adquirido, por sua vez, está associado frequentemente a fatores biológicos como diabetes e doença cardiovascular. É provável que seja persistente na maioria dos homens.

A história natural do transtorno erétil ao longo da vida é desconhecida. A observação clínica respalda a associação entre transtorno erétil ao longo da vida e fatores psicológicos que são autolimitantes ou responsivos a intervenções psicológicas, ao passo que, como observado anteriormente, é mais provável que o transtorno erétil adquirido esteja relacionado a fatores biológicos e que seja persistente. A incidência do transtorno erétil aumenta com a idade. Uma minoria dos homens diagnosticados com falha erétil moderada pode apresentar remissão espontânea dos sintomas sem

intervenção médica. O desconforto associado ao transtorno erétil é mais baixo em homens mais velhos em comparação com homens mais jovens.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Traços neuróticos de personalidade podem estar associados a problemas de ereção em estudantes universitários, e traços de personalidade submissa podem estar associados a problemas de ereção em homens com idade igual ou superior a 40 anos. *Alexitimia* (i.e., déficits no processamento cognitivo de emoções) é comum em homens diagnosticados com disfunção erétil "psicogênica". Problemas de ereção são comuns em homens com diagnóstico de depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Modificadores do curso. Os fatores de risco para transtorno erétil adquirido incluem idade, tabagismo, sedentarismo, diabetes e desejo diminuído.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As queixas de transtorno erétil variam de acordo com o país. A extensão em que essas disparidades representam diferenças nas expectativas culturais, em comparação com diferenças genuínas na frequência das falhas de ereção, não está bem clara.

Marcadores Diagnósticos

Os testes de intumescência peniana noturna e a medição da turgidez erétil durante o sono podem ser empregados para fazer a distinção entre problemas eréteis orgânicos e psicogênicos, partindo-se do pressuposto de que ereções adequadas durante o sono REM indicam uma etiologia psicológica para o problema. Vários outros procedimentos diagnósticos podem ser utilizados dependendo da avaliação do clínico sobre sua relevância ante a idade do indivíduo, dos problemas médicos comórbidos e da apresentação clínica. Ultrassonografia Doppler e injeções intravasculares de medicamentos vasoativos, assim como procedimentos diagnósticos invasivos, como cavernosografia com infusão dinâmica, são recursos que podem ser utilizados para avaliar a integridade vascular. Estudos de condução do nervo pudendo, incluindo potenciais evocados somatossensoriais, podem ser utilizados nos casos em que há suspeita de neuropatia periférica. Em homens que também se queixam de redução no desejo sexual, costuma-se avaliar o nível sérico de testosterona biodisponível ou de testosterona livre para determinar se a dificuldade é secundária a fatores endocrinológicos. Pode-se avaliar também a função da tireoide. A avaliação da glicemia de jejum é bastante útil para rastrear a presença de diabetes melito. A avaliação do nível sérico de lipídeos também é importante, tendo em vista que o transtorno erétil em homens com idade igual ou superior a 40 anos é preditivo de risco futuro de doença arterial coronariana.

Consequências Funcionais do Transtorno Erétil

O transtorno erétil pode interferir na fertilidade e produzir desconforto individual e interpessoal. Medo e/ou evitação de encontros sexuais podem interferir na capacidade de desenvolver relacionamentos íntimos.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais não sexuais. O transtorno depressivo maior e o transtorno erétil estão intimamente associados, sendo que existe a possibilidade de ocorrer transtorno erétil acompanhado de transtorno depressivo grave.

Função erétil normal. O diagnóstico diferencial deve incluir considerações sobre a função erétil normal em homens com expectativas excessivas.

Uso de substância/medicamento. Outro diagnóstico diferencial importante é se o problema erétil é secundário ao uso de substâncias ou medicamentos. Início do problema que coincide com o início do uso de alguma substância ou medicamento e desaparecimento do problema com a descontinuação ou com reduções na dose da substância ou medicamento sugerem a presença de uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento.

Outra condição médica. O aspecto mais difícil do diagnóstico diferencial de transtorno erétil é a exclusão de problemas de ereção que são plenamente explicáveis por fatores médicos. Esses casos não devem receber um diagnóstico de transtorno mental. Geralmente a distinção entre transtorno erétil como transtorno mental e disfunção erétil como resultado de outra condição médica não é clara, e muitos casos poderão apresentar etiologias complexas, com a interação de fatores biológicos e psicológicos. Se o indivíduo estiver acima da faixa de 40 a 50 anos de idade e/ou apresentar problemas médicos concomitantes, o diagnóstico diferencial deverá incluir etiologias médicas, em especial doenças vasculares. A presença de uma doença orgânica que sabidamente cause problemas de ereção não confirma uma relação causal. Por exemplo, um homem com diabetes melito poderá desenvolver transtorno erétil em resposta a estresse psicológico. De maneira geral, a disfunção erétil provocada por fatores orgânicos é generalizada e de início gradual. Uma das exceções seria a incidência de problemas de ereção depois de uma lesão traumática na inervação dos órgãos genitais (p. ex., lesão na medula espinal). Problemas eréteis situacionais e inconsistentes e que apresentam início agudo depois de um evento estressante são mais frequentemente causados por eventos psicológicos. Idade abaixo de 40 anos também sugere uma etiologia psicológica para a dificuldade.

Outras disfunções sexuais. O transtorno erétil pode coexistir com ejaculação prematura (precoce) e com transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Comorbidade

O transtorno erétil pode ser comórbido com outros diagnósticos sexuais, como ejaculação prematura (precoce) e transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, além de transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. O transtorno erétil é comum em homens com sintomas do trato urinário inferior relacionados a hipertrofia prostática. Pode ser comórbido com dislipidemia, doença cardiovascular, hipogonadismo, esclerose múltipla, diabetes melito e outras doenças que interferem nas funções vascular, neurológica e endócrina necessárias para uma função erétil normal.

Relação com a *Classificação Internacional de Doenças*

A resposta erétil é codificada como falha de resposta genital na CID-10 (F2.2).

Transtorno do Orgasmo Feminino

Critérios Diagnósticos **302.73 (F52.31)**

A. Presença de qualquer um dos sintomas a seguir, vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos):
   1. Retardo acentuado, infrequência acentuada ou ausência de orgasmo.
   2. Intensidade muito reduzida de sensações orgásmicas.
B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento (p. ex., violência do parceiro) ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar se:

Nunca experimentou um orgasmo em nenhuma situação.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.

Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

O transtorno do orgasmo feminino se caracteriza pela dificuldade de atingir o orgasmo e/ou pela intensidade muito reduzida das sensações orgásmicas (Critério A). As mulheres apresentam ampla variabilidade no tipo ou na intensidade da estimulação que produz o orgasmo. Da mesma forma, as descrições subjetivas de orgasmo são extremamente variadas, o que sugere que seja experimentado de maneiras muito diferentes entre as mulheres e em diferentes ocasiões pela mesma mulher. Para o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino, os sintomas devem ser experimentados em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos) e devem ter duração mínima de aproximadamente seis meses. A aplicação dos critérios de gravidade e duração mínimas tem como objetivo distinguir as dificuldades transitórias de orgasmo da disfunção orgásmica mais persistente. A inclusão do termo "aproximadamente" no Critério B permite fazer julgamentos clínicos em casos nos quais o tempo de duração do sintoma não atende o limite recomendado de seis meses.

Para haver o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino, sofrimento clinicamente significativo deve acompanhar os sintomas (Critério C). Em muitos casos de problemas de orgasmo, as causas são multifatoriais ou não podem ser determinadas. Se o transtorno do orgasmo feminino for mais bem explicado por outro transtorno mental, pelos efeitos de uma substância/medicamento ou por uma condição médica, então não se aplica o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino. Por fim, na presença de fatores interpessoais ou estressores significativos, não cabe fazer o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino.

Muitas mulheres precisam de estimulação clitoridiana para atingir o orgasmo, enquanto uma proporção relativamente pequena delas afirma que sempre tiveram orgasmo durante a relação peniana-vaginal. Consequentemente, uma mulher que atinge o orgasmo por meio de estimulação clitoridiana, mas não durante a relação sexual, não preenche os critérios para o diagnóstico clínico de transtorno do orgasmo feminino. É importante observar também se as dificuldades para atingir o orgasmo são resultado de estimulação sexual inadequada; nesses casos, ainda pode haver necessidade de tratamento, embora o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino não seja aplicável.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Associações entre padrões específicos de traços de personalidade ou psicopatologia e disfunção orgásmica, em geral, não têm sido demonstradas. Em comparação com mulheres sem o transtorno, algumas com a disfunção podem ter maior dificuldade na comunicação sobre temas sexuais. A satisfação sexual global, contudo, não está fortemente correlacionada com a experiência orgásmica. Muitas mulheres relatam níveis elevados de satisfação sexual, mesmo que raramente ou nunca tenham tido um orgasmo. As dificuldades orgásmicas nas mulheres ocorrem frequentemente associadas com problemas relacionados ao interesse e à excitação sexual.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de transtorno do orgasmo

feminino, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintas para os sintomas apresentados por diferentes mulheres com esse transtorno.

Prevalência

As taxas de prevalência relatadas de problemas orgásmicos em mulheres variam amplamente, de 10 a 42%, dependendo de vários fatores (p. ex., idade, cultura, duração e gravidade dos sintomas); entretanto, essas estimativas não levam em conta a presença de sofrimento. Apenas parte das mulheres que experimentam dificuldades orgásmicas relata também sofrimento associado. A variação na forma como os sintomas são avaliados (p. ex., duração dos sintomas e período lembrado das dificuldades) também exerce influência nas taxas de prevalência. Aproximadamente 10% das mulheres não têm orgasmo durante suas vidas.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, o transtorno do orgasmo feminino ao longo da vida indica que as dificuldades orgásmicas sempre estiveram presentes, enquanto o subtipo adquirido indica casos em que as dificuldades para atingir o orgasmo desenvolveram-se depois de um período normal de funcionamento orgásmico.

A primeira experiência de orgasmo de uma mulher pode ocorrer em qualquer momento a partir do período pré-puberal até a vida adulta. As mulheres apresentam um padrão etário mais variável em termos de idade quando do primeiro orgasmo do que os homens, sendo que os relatos de experiência orgásmica por parte das mulheres aumentam com o avanço da idade. Muitas aprendem a ter orgasmo à medida que experimentam uma ampla variedade de estimulações e adquirem um conhecimento maior sobre seus próprios corpos. As taxas de consistência orgásmica das mulheres (definidas como "habitualmente ou sempre" tendo orgasmos) são mais elevadas durante a masturbação do que na atividade sexual com um parceiro.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Uma ampla gama de fatores psicológicos, como ansiedade e preocupação com gravidez, pode interferir na capacidade de uma mulher para ter orgasmos.

Ambientais. Nas mulheres, há forte associação entre problemas de relacionamento, saúde física e saúde mental e dificuldades para atingir o orgasmo. Fatores socioculturais (p. ex., expectativas sobre o papel do gênero e normas religiosas) também são influências importantes na experiência de dificuldades orgásmicas.

Genéticos e fisiológicos. Muitos fatores fisiológicos podem influenciar a experiência de orgasmo de uma mulher, incluindo condições médicas e uso de medicamentos. Condições como esclerose múltipla, lesões no nervo pélvico por histerectomia radical e lesões na medula espinal exercem influência sobre o funcionamento do orgasmo feminino. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina sabidamente retardam ou inibem o orgasmo em mulheres. Mulheres com atrofia vulvovaginal (caracterizada por sintomas como secura vaginal, prurido e dor) são significativamente mais propensas a relatar dificuldades para atingir o orgasmo do que aquelas sem essa condição. O estado menopáusico não está associado de forma consistente com a probabilidade de dificuldades orgásmicas. Pode haver contribuição genética significativa na variação da função orgásmica em mulheres. Entre-

tanto, fatores psicológicos, socioculturais e fisiológicos provavelmente interagem de formas complexas para influenciar a experiência orgásmica e as dificuldades para atingir o orgasmo nas mulheres.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O grau em que a ausência de orgasmo feminino é considerada um problema que precisa de tratamento pode variar de acordo com o contexto cultural. Além disso, as mulheres diferem quanto à importância do orgasmo em sua satisfação sexual. Pode haver grandes diferenças socioculturais e geracionais na capacidade orgásmica feminina. Por exemplo, a prevalência de incapacidade para atingir o orgasmo variou de 17,7% (no Norte Europeu) a 42,2% (no Sudeste Asiático).

Marcadores Diagnósticos

Embora durante o orgasmo feminino ocorram modificações fisiológicas mensuráveis, incluindo alterações hormonais, na musculatura do assoalho pélvico e na ativação cerebral, há variabilidade significativa nesses indicadores do orgasmo entre as mulheres. Em situações clínicas, o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino baseia-se nos relatos das próprias mulheres.

Consequências Funcionais do Transtorno do Orgasmo Feminino

As consequências funcionais do transtorno do orgasmo feminino não são claras. Embora nas mulheres haja forte associação entre problemas de relacionamento e dificuldades orgásmicas, não está claro se os fatores associados ao relacionamento são fatores de risco para as dificuldades em atingir o orgasmo ou são consequências dessas dificuldades.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Transtornos mentais não sexuais, como o transtorno depressivo maior, que se caracteriza por interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas, ou quase todas, as atividades, podem explicar um transtorno do orgasmo feminino. Se as dificuldades orgásmicas são mais bem explicadas por outro transtorno mental, então o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino não deve ser feito.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. O uso de substância/medicamento pode explicar as dificuldades para atingir o orgasmo.

Outra condição médica. Se o transtorno é causado por outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla, lesão na medula espinal), então o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino não é aplicável.

Fatores interpessoais. Nas situações em que fatores interpessoais ou contextuais significativos, como perturbação grave do relacionamento, violência do parceiro, ou outros estressores relevantes estão associados a dificuldades orgásmicas, o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino não é aplicável.

Outras disfunções sexuais. O transtorno do orgasmo feminino pode ocorrer em associação com outras disfunções sexuais (p. ex., transtorno do interesse/excitação sexual feminino). A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino. Dificuldades orgásmicas ocasionais que são infrequentes ou de curto prazo e que não são acompanhadas de sofrimento ou dano clinicamente significativos não são diagnosticadas como transtorno do orgasmo feminino. Esse diagnóstico também não é apropriado se o problema resulta de estimulação sexual inadequada.

Comorbidade

Mulheres com transtorno do orgasmo feminino podem ter dificuldades de interesse/excitação sexual concomitantes. Aquelas com diagnóstico de outros transtornos mentais não sexuais, como

transtorno depressivo maior, podem experimentar interesse/excitação sexual mais baixo, e esse fato poderá aumentar indiretamente a probabilidade de dificuldades para atingir o orgasmo.

Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino

Critérios Diagnósticos **302.72 (F52.22)**

A. Ausência ou redução significativa do interesse ou da excitação sexual, manifestada por pelo menos três dos seguintes:
   1. Ausência ou redução do interesse pela atividade sexual.
   2. Ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas.
   3. Nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente, ausência de receptividade às tentativas de iniciativa feitas pelo parceiro.
   4. Ausência ou redução na excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75 a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).
   5. Ausência ou redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer indicações sexuais ou eróticas, internas ou externas (p. ex., escritas, verbais, visuais).
   6. Ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75 a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).

B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.

C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher.

D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento (p. ex., violência do parceiro) ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.

Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

O contexto interpessoal deve ser levado em conta nas avaliações do transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Uma "discrepância de desejo", em que a mulher sente menos desejo para a atividade sexual que seu parceiro, não é suficiente para o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Para que os critérios do transtorno sejam atendidos, deve haver ausência ou frequência ou intensidade reduzida de pelo menos três entre os seis indicadores (Critério A) por um período mínimo de aproximadamente seis meses (Critério B). Pode haver diferentes perfis de sintomas entre as mulheres, assim como variabilidade na forma de expressão do interesse e da excitação sexual. Por exemplo, em algumas mulheres, o transtorno do interesse/excitação sexual poderá ser expresso como falta de interesse pela atividade sexual, ausência de pensamentos eróticos ou sexuais e relutância em iniciar a atividade sexual e em responder aos convites sexuais do parceiro. Em outras mulheres, as características principais podem ser a incapacidade para ficar sexualmente excitada e para responder aos estímulos sexuais com desejo e a ausência correspondente de sinais de excitação sexual física. Considerando que, em geral, o desejo e a excitação sexual coexistem e são despertados em resposta a estímulos sexuais

adequados, os critérios para o transtorno do interesse/excitação sexual feminino levam em conta que as dificuldades relacionadas ao desejo e à excitação com frequência caracterizam de forma simultânea as queixas de mulheres com esse transtorno. Alterações de curto prazo no interesse ou na excitação sexual são comuns e podem ser respostas adaptativas a eventos na vida de uma mulher e não representam uma disfunção sexual. O diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino exige uma duração mínima dos sintomas de aproximadamente seis meses, refletindo o fato de que os sintomas devem ser um problema persistente. A estimativa de persistência pode ser determinada por meio de julgamento clínico nos casos em que não é possível avaliar com precisão a duração de seis meses.

Pode haver frequência ou intensidade ausente ou reduzida no interesse pela atividade sexual (Critério A1), denominada previamente *transtorno do desejo sexual hipoativo.* A frequência ou intensidade de pensamentos ou fantasias sexuais e eróticas pode estar ausente ou reduzida (Critério A2). A expressão das fantasias varia amplamente entre as mulheres e pode incluir lembranças de experiências sexuais passadas. Ao avaliar esse critério, deve-se levar em consideração o declínio normal dos pensamentos sexuais com o avanço da idade. A ausência ou redução da frequência de iniciar a atividade sexual e da receptividade aos convites sexuais do parceiro (Critério A3) é um critério com foco comportamental. As crenças e preferências de um casal em relação aos padrões de iniciação sexual são extremamente relevantes para a avaliação desse critério. Pode haver ausência ou redução na excitação ou no prazer durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75 a 100%) os encontros sexuais (Critério A4). A falta de prazer é uma queixa clínica comum em mulheres com pouco desejo sexual. Entre aquelas que afirmam ter pouco desejo sexual, há menos estímulos sexuais ou eróticos que despertam o interesse pelo sexo ou a excitação (i.e., há falta de "desejo responsivo"). A avaliação da adequação dos estímulos sexuais ajuda a determinar se há alguma dificuldade com o desejo sexual responsivo (Critério A5). A frequência ou a intensidade das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual podem estar ausentes ou reduzidas (Critério A6); isso inclui lubrificação/vasocongestão vaginal reduzida. Entretanto, considerando que as medidas fisiológicas de resposta sexual genital não diferenciam as mulheres que relatam preocupação com a excitação sexual daquelas que não relatam, a descrição por parte da própria mulher da ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais é suficiente.

Para o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino, os sintomas do Critério A devem ser acompanhados de sofrimento clínico significativo. O sofrimento pode ser resultado da falta de interesse/excitação sexual ou, ainda, de uma interferência importante na vida e no bem-estar da mulher. Nos casos em que a falta de desejo sexual ao longo da vida for mais bem explicada pela identificação por parte da própria mulher como "assexual", não se aplica o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Com frequência, o transtorno do interesse/excitação sexual feminino está associado a problemas para experimentar o orgasmo, dor sentida durante a atividade sexual, atividade sexual pouco frequente e discrepâncias no desejo do casal. As dificuldades de relacionamento e os transtornos do humor também são frequentemente características associadas ao transtorno. Expectativas não realistas e normas sobre o nível "adequado" de interesse ou de excitação sexual, juntamente com técnicas sexuais pobres e falta de informações sobre sexualidade, podem também ser evidentes em mulheres diagnosticadas com transtorno do interesse/excitação sexual feminino. A última condição, assim como crenças normativas sobre o papel dos sexos, são fatores importantes a serem considerados.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex.,

perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintas para os sintomas apresentados por diferentes mulheres com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência do transtorno do interesse/excitação sexual feminino, de acordo com a definição apresentada neste Manual, é desconhecida. A prevalência de baixo desejo sexual e de problemas de excitação sexual (com e sem sofrimento associado), conforme a definição do DSM-IV ou da CID-10, pode variar substancialmente em relação a idade, ambiente cultural, duração dos sintomas e presença de sofrimento. No que diz respeito à duração dos sintomas, há diferenças marcantes nas estimativas de prevalência entre problemas de curto prazo e persistentes relacionados à falta de interesse sexual. Nas situações em que o sofrimento envolvendo o funcionamento sexual é um requisito importante, as estimativas de prevalência são significativamente mais baixas. Embora o desejo sexual possa diminuir com a idade, algumas mulheres mais velhas relatam menos sofrimento relacionado ao desejo sexual do que mulheres mais jovens.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, o transtorno do interesse/excitação sexual feminino ao longo da vida sugere que a falta de interesse ou de excitação sexual esteve presente durante toda a vida sexual da mulher. Com base nos Critérios A3, A4 e A6, que avaliam o funcionamento durante a atividade sexual, o subtipo ao longo da vida significa a presença de sintomas desde as primeiras experiências sexuais da mulher. O subtipo adquirido seria aplicável se as dificuldades com o interesse ou a excitação sexual se desenvolvessem depois de um período de funcionamento sexual sem problemas. Alterações adaptativas e normais no funcionamento sexual podem resultar de eventos relacionados ao parceiro, interpessoais ou pessoais e podem ter natureza transitória. No entanto, sintomas persistentes por aproximadamente seis meses ou mais constituem uma disfunção sexual.

Ocorrem mudanças normais no interesse e na excitação sexual ao longo da vida. Além disso, mulheres com relacionamentos mais prolongados costumam relatar mais atividade sexual, a despeito de não haver sentimento óbvio de desejo no início de um encontro sexual, em comparação com mulheres com relacionamentos de duração mais curta. A secura vaginal em mulheres mais velhas está relacionada à idade e ao estado menopáusico.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Fatores temperamentais incluem experiências e atitudes negativas acerca da sexualidade e história anterior de transtornos mentais. Diferenças na propensão para excitação e inibição sexual também podem ser preditoras da probabilidade de desenvolver problemas sexuais.

Ambientais. Fatores ambientais incluem dificuldades de relacionamento, funcionamento do parceiro sexual e história do desenvolvimento, como relacionamentos precoces com cuidadores e estressores da infância.

Genéticos e fisiológicos. Algumas condições médicas (p. ex., diabetes melito, disfunção da tireoide) podem ser fatores de risco para o transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Aparentemente, as mulheres sofrem forte influência de fatores genéticos sobre a vulnerabilidade a problemas sexuais. Pesquisas psicofisiológicas usando fotopletismografia vaginal não encontraram diferenças entre mulheres com e sem excitação genital percebida.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há variabilidade marcante nas taxas de prevalência de baixo desejo sexual entre as culturas. Possivelmente, as taxas mais baixas de desejo sexual sejam mais comuns entre mulheres do Leste Asi-

ático em comparação com mulheres euro-americanas. Embora os níveis mais baixos de desejo e de excitação sexual observados em homens e mulheres de países do Leste Asiático em comparação com grupos euro-americanos possam refletir menos interesse por sexo naquelas culturas, ainda permanece a possibilidade de que as diferenças entre esses grupos sejam um artefato das medidas usadas para quantificar o desejo. Qualquer julgamento a respeito da possibilidade de o desejo sexual relatado por uma mulher de um determinado grupo étnico-cultural preencher os critérios para transtorno do interesse/excitação sexual feminino deve considerar o fato de que culturas diferentes poderão patologizar alguns comportamentos e outros não.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Por definição, o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino aplica-se somente às mulheres. As dificuldades com o sofrimento causado pelo desejo sexual em homens devem ser consideradas sob o título transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Consequências Funcionais do Transtorno do Interesse/ Excitação Sexual Feminino

Com frequência, as dificuldades com interesse ou excitação sexual estão associadas à redução na satisfação com o relacionamento.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Os transtornos mentais não sexuais, assim como o transtorno depressivo maior, no qual há "redução acentuada no interesse ou no prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias", podem explicar a falta de interesse/excitação sexual. O diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino não se aplica aos casos em que a falta de interesse ou excitação é atribuível inteiramente a outro transtorno mental.

Uso de substância/medicamento. O uso de substâncias ou de medicamentos pode explicar a falta de interesse/excitação sexual.

Outra condição médica. O diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino não se aplica aos casos em que os sintomas sexuais são considerados quase exclusivamente associados aos efeitos de outra condição médica (p. ex., diabetes melito, doença endotelial, disfunção da tireoide, doença do sistema nervoso central).

Fatores interpessoais. O diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino não se aplica aos casos em que fatores interpessoais ou contextuais significativos, como perturbação grave do relacionamento, violência do parceiro, ou outros estressores significativos explicarem os sintomas de interesse/excitação sexual.

Outras disfunções sexuais. A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino. É comum as mulheres experimentarem mais de uma disfunção sexual. Por exemplo, a presença de dor genital crônica pode resultar na falta de desejo pela atividade sexual (dolorosa). A falta de interesse e de excitação durante a atividade sexual pode comprometer a capacidade orgásmica. Para algumas mulheres, todos os aspectos da resposta sexual podem ser insatisfatórios e dolorosos.

Estímulos sexuais inadequados ou ausentes. Quando diagnósticos diferenciais estão sendo considerados, é importante avaliar a adequação dos estímulos à luz da experiência sexual da mulher. Estímulos inadequados ou ausentes que contribuem para o quadro clínico podem representar evidências para tratamento clínico, porém não cabe o diagnóstico de uma disfunção sexual. Da mesma forma, alterações transitórias e adaptativas no funcionamento sexual secundárias a algum evento pessoal ou da vida devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

Comorbidade

A comorbidade entre problemas de interesse/excitação sexual e outras dificuldades sexuais é extremamente comum. Perturbação sexual e insatisfação com a vida sexual também estão altamente associadas com baixo desejo sexual. O baixo desejo sexual perturbador está relacionado a condições como depressão, problemas da tireoide, ansiedade, incontinência urinária e outros fatores médicos. Artrite, doença inflamatória intestinal e síndrome do colo irritável também estão associadas a problemas de excitação sexual. O baixo desejo sexual parece ser comórbido com depressão, abuso sexual e físico na vida adulta, funcionamento mental global e consumo de álcool.

Transtorno da Dor Gênito-pélvica/Penetração

Critérios Diagnósticos **302.76 (F52.6)**

A. Dificuldades persistentes ou recorrentes com um (ou mais) dos seguintes:
   1. Penetração vaginal durante a relação sexual.
   2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração.
   3. Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal.
   4. Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal.
B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo para a mulher.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento (p. ex., violência do parceiro) ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância ou medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.

Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração refere-se a quatro dimensões de sintomas comórbidos comuns: 1) dificuldade para ter relações sexuais; 2) dor gênito-pélvica; 3) medo de dor ou de penetração vaginal; e 4) tensão dos músculos do assoalho pélvico (Critério A). Considerando que uma dificuldade relevante em qualquer uma dessas dimensões de sintomas costuma ser suficiente para provocar sofrimento clinicamente significativo, é possível estabelecer um diagnóstico com base em uma dificuldade acentuada em apenas uma dimensão de sintomas. No entanto, todas as quatro dimensões devem ser avaliadas, mesmo que seja possível obter um diagnóstico com respaldo em apenas uma delas.

Dificuldade marcante para ter relações/penetrações vaginais (Critério A1) pode variar desde incapacidade total para experimentar penetração vaginal em qualquer situação (p. ex., relação sexual, exames ginecológicos, inserção de absorvente interno) até a capacidade para experimentar facilmente a penetração em uma situação, porém não em outra. Embora a situação clínica mais comum seja aquela em que a mulher é incapaz de experimentar relação sexual ou penetração com um parceiro, pode também estar presente a dificuldade para fazer exames ginecológicos necessários. *Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou nas tentativas de penetração sexual* (Cri-

tério A2) refere-se à dor que acomete locais diferentes na área gênito-pélvica. A localização da dor, bem como sua intensidade, deve ser avaliada. Geralmente a dor se caracteriza como superficial (vulvovaginal ou durante a penetração) ou profunda (pélvica, i.e., não é sentida até a penetração profunda). Com frequência, não há relação linear entre a intensidade da dor e o sofrimento ou interferência na relação ou em outras atividades sexuais. Algumas dores gênito-pélvicas ocorrem somente se provocadas (i.e., relação sexual ou estimulação mecânica); outras podem ser espontâneas ou provocadas. É também bastante útil caracterizar a dor gênito-pélvica sob o ponto de vista qualitativo (p. ex., "queimação", "cortes", "tiros", "pancadas"). A dor poderá persistir por algum tempo depois da relação sexual, podendo ocorrer também ao urinar. Em geral, a dor experimentada durante a relação sexual poderá ser reproduzida nos exames ginecológicos.

Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal (Critério A3) é um relato comum de mulheres que sentem dor regularmente durante a relação sexual. Essa reação "normal" pode levar a mulher a evitar situações sexuais/íntimas. Em outros casos, esse medo perturbador não parece ter uma relação íntima com a experiência de dor, mas leva a uma atitude de evitação da relação e da penetração vaginal. Há descrições desse evento como semelhante a uma reação fóbica, a não ser o fato de que a situação fóbica pode ser a penetração vaginal ou o medo da dor.

A *tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal* (Critério A4) pode variar de espasmo semelhante a um reflexo do assoalho pélvico em resposta às tentativas de penetração vaginal a proteção muscular "normal/voluntária" em resposta à experiência de dor antecipada ou repetida, ao medo ou à ansiedade. No caso de reações "normais/protetoras", a penetração pode ser possível em circunstâncias de relaxamento. A caracterização e a avaliação de disfunção no assoalho pélvico são geralmente feitas com mais eficiência por um ginecologista ou por um fisioterapeuta de assoalho pélvico.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração está frequentemente associado a outras disfunções sexuais, particularmente desejo e interesse sexual reduzidos (transtorno do interesse/excitação sexual feminino). Às vezes, o desejo e o interesse são preservados em situações sexuais que não são dolorosas e não exigem penetração. Mesmo quando mulheres com o transtorno relatam interesse ou motivação sexual, com frequência há um comportamento evitativo de situações e de oportunidades sexuais. Evitar exames ginecológicos, a despeito de recomendações médicas, também é uma atitude frequente. O padrão de evitação é semelhante àquele observado em transtornos fóbicos. É comum mulheres que não foram bem-sucedidas na relação sexual fazerem tratamento somente quando desejam engravidar. Muitas com o transtorno experimentarão problemas de relacionamento/conjugais associados; elas também relatam com frequência que os sintomas diminuem de forma significativa seus sentimentos de feminilidade.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintas para os sintomas apresentados por diferentes mulheres com o transtorno.

Não existem medidas fisiológicas válidas para nenhuma das dimensões dos sintomas que compõem o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. Inventários psicométricos validados podem ser utilizados para fazer avaliações formais dos componentes da dor e da ansiedade relacionadas ao transtorno.

Prevalência

A prevalência do transtorno da dor gênito-pélvica/penetração é desconhecida. No entanto, aproximadamente 15% das mulheres norte-americanas relatam a presença de dor recorrente durante a relação sexual. Dificuldades com a relação sexual parecem ser motivo frequente de encaminhamento para clínicas de disfunção sexual e médicos especialistas.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e o curso do transtorno da dor gênito-pélvica/penetração não são claros. Como, em geral, as mulheres não procuram tratamento até que tenham algum problema no funcionamento sexual, pode ser difícil caracterizar o transtorno como ao longo da vida (primário) ou adquirido (secundário). Embora as mulheres geralmente busquem atendimento clínico depois do início da vida sexual, há, muitas vezes, alguns sinais precoces. Por exemplo, ter dificuldade com ou evitar o uso de absorventes internos é preditor importante de problemas futuros. As dificuldades com a penetração vaginal (incapacidade, medo ou dor) podem não ser óbvias até as tentativas de relação sexual. Mesmo após essas tentativas, sua frequência pode não ser significativa ou regular. Nos casos em que é difícil definir se os sintomas são ao longo da vida ou adquiridos, é útil determinar a presença de qualquer período de relações sexuais bem-sucedidas, sem dor, sem medo e sem estresse. Se é possível estabelecer esse período, o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração pode ser classificado como adquirido. Depois que a sintomatologia está bem estabelecida por um período de aproximadamente seis meses, parece haver queda na probabilidade de remissão sintomática espontânea e significativa.

As queixas relacionadas à dor gênito-pélvica atingem o ponto máximo durante a fase inicial da vida adulta e no período pós-menopáusico. As mulheres com queixas sobre a dificuldade de terem relação sexual parecem estar principalmente na fase pré-menopáusica. Pode ocorrer também intensificação dos sintomas relacionados à dor gênito-pélvica no período pós-parto.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A violência sexual e/ou física foi frequentemente mencionada como preditora dos transtornos dolorosos sexuais dispareunia e vaginismo definidos pelo DSM-IV. Há controvérsias sobre esse tema na literatura atual.

Genéticos e fisiológicos. As mulheres que experimentam dor superficial durante a relação sexual muitas vezes relatam o início da dor depois de uma história de infecções vaginais. A dor persiste mesmo após a resolução das infecções e na ausência de achados físicos residuais conhecidos. A dor durante a inserção de absorvente interno ou a incapacidade de inseri-los antes de tentativas de contato sexual são fatores de risco importantes para o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

No passado, a educação sexual inadequada e a ortodoxia religiosa foram frequentemente consideradas fatores predisponentes relacionados à cultura para o diagnóstico de vaginismo do DSM-IV. Essa percepção parece ter sido confirmada por relatos recentes na Turquia, país predominantemente muçulmano, indicando uma prevalência visivelmente alta para o transtorno. No entanto, a maior parte das pesquisas disponíveis, embora com escopo limitado, não dá apoio a essa ideia (Lahaie et al., 2010).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Por definição, o diagnóstico de transtorno da dor gênito-pélvica/penetração somente se aplica às mulheres. Existem pesquisas relativamente recentes sobre a síndrome de dor pélvica urológica crônica em homens, sugerindo que o sexo masculino pode experimentar problemas semelhantes.

A pesquisa e a experiência clínica ainda não estão suficientemente desenvolvidas para justificar a aplicação desse tipo de diagnóstico em homens. Outra disfunção sexual especificada ou disfunção sexual não especificada podem ser diagnosticadas em homens que parecem se encaixar nesse padrão sintomático.

Consequências Funcionais do Transtorno da Dor Gênito-pélvica/Penetração

As dificuldades funcionais do transtorno da dor gênito-pélvica/penetração estão frequentemente associadas a interferências na satisfação quanto ao relacionamento e, às vezes, na capacidade de conceber por meio da relação sexual peniana/vaginal.

Diagnóstico Diferencial

Outra condição médica. Em muitas circunstâncias, mulheres com o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração também serão diagnosticadas com outra condição médica (p. ex., líquen esclerose, endometriose, doença inflamatória pélvica, atrofia vulvovaginal). Em alguns casos, o tratamento da condição médica pode aliviar o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. Na maioria das vezes, esse não é o caso. Não há instrumentos ou métodos diagnósticos confiáveis que permitam aos clínicos concluir se a condição médica ou o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração é primário. Com frequência, o diagnóstico e o tratamento das condições médicas associadas são difíceis. Por exemplo, o aumento na incidência de dor durante a relação sexual pós-menopáusica pode, às vezes, ser atribuível à secura vaginal ou à atrofia vulvovaginal associadas ao declínio nos níveis de estrogênio. Entretanto, não se conhece muito bem a relação entre secura/atrofia vulvovaginal, nível de estrogênio e dor.

Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Algumas mulheres com o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração podem também ser diagnosticadas com transtorno de sintomas somáticos. Considerando que tanto o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração como o transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados são diagnósticos recentes, não está suficientemente claro se podem ser diferenciados de maneira confiável. Algumas mulheres diagnosticadas com o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração podem também ser diagnosticadas com uma fobia específica.

Estímulos sexuais inadequados. É importante que o clínico, ao considerar diagnósticos diferenciais, avalie a adequação dos estímulos sexuais à luz da experiência sexual da mulher. Situações sexuais em que as preliminares ou a excitação não são adequadas podem criar dificuldades de penetração, dor ou evitação. A disfunção erétil ou ejaculação prematura no parceiro masculino pode resultar em dificuldades de penetração. Essas condições devem ser avaliadas cuidadosamente. Em algumas situações, o diagnóstico de transtorno da dor gênito-pélvica/penetração pode não ser apropriado.

Comorbidade

A comorbidade entre transtorno da dor gênito-pélvica/penetração e outras dificuldades sexuais parece ser comum. A comorbidade com perturbação do relacionamento também é comum. Esse fato não chega a causar surpresa, visto que, nas culturas orientais, a incapacidade de consumar a relação sexual (sem dor) com um parceiro desejado e a evitação de oportunidades sexuais podem ser tanto um fator contribuinte para outros problemas sexuais ou de relacionamento como resultada de tais problemas. Como os sintomas do assoalho pélvico estão implicados no diagnóstico de transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, é provável que ocorra uma prevalência maior de outros transtornos relacionados ao assoalho pélvico ou aos órgãos reprodutivos (p. ex., cistite intersticial, constipação, infecção vaginal, endometriose, síndrome do colo irritável).

Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo

Critérios Diagnósticos **302.71 (F52.0)**

A. Pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo para atividade sexual deficientes (ou ausentes) de forma persistente ou recorrente. O julgamento da deficiência é feito pelo clínico, levando em conta fatores que afetam o funcionamento sexual, tais como idade e contextos gerais e socioculturais da vida do indivíduo.
B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses.
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância ou medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.
Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.
Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A.
Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.
Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

A avaliação do transtorno do desejo sexual masculino hipoativo deve levar em consideração o contexto interpessoal. Uma "discrepância do desejo", na qual o desejo de atividade sexual de um homem é mais baixo do que o de sua parceira, não é suficiente para diagnosticar o transtorno. Tanto o desejo baixo/falta de desejo para o sexo como a deficiência/ausência de pensamentos ou fantasias sexuais são imprescindíveis para o diagnóstico. A forma de expressão do desejo sexual pode variar entre os homens.

A falta de desejo para o sexo e a deficiência/ausência de pensamentos ou de fantasias eróticas devem ser persistentes ou recorrentes e ter duração mínima de aproximadamente seis meses. A inclusão desse critério de duração é uma salvaguarda contra o estabelecimento do diagnóstico em casos nos quais o desejo sexual de um homem pode representar uma resposta adaptativa a condições adversas da vida (p. ex., preocupação em engravidar a parceira em situações em que ele está considerando a hipótese de terminar o relacionamento). A introdução do termo "aproximadamente" no Critério B permite julgamento clínico nos casos em que a duração dos sintomas não atende o limite indicado de seis meses.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno do desejo sexual masculino hipoativo está, por vezes, associado a preocupações eréteis e/ou ejaculatórias. Por exemplo, dificuldades persistentes em conseguir uma ereção podem levar um homem a perder o interesse pela atividade sexual. Homens com o transtorno do desejo sexual masculino hipoativo relatam com frequência que não iniciam mais uma atividade sexual e que são minimamente receptivos às tentativas da parceira de iniciá-la. Atividades sexuais (p. ex., masturbação ou atividade sexual com parceiro) podem, às vezes, ocorrer mesmo na presença de desejo sexual baixo. As preferências específicas de relacionamento que dizem respeito aos padrões de iniciação sexual devem ser levadas em consideração ao se fazer o diagnóstico do transtorno. Embora os homens sejam mais propensos a iniciar a atividade sexual, e, assim, o baixo desejo possa se caracterizar por um padrão de não iniciação, muitos homens preferem que a parceira tome a iniciativa. Em tais situações, a falta de receptividade do homem às iniciativas da parceira deve ser considerada nas avaliações de baixo desejo sexual.

Além dos subtipos "ao longo da vida/adquirido" e "generalizado/situacional", os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e o diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou o tratamento: 1) fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de maneiras distintos para os sintomas apresentados por diferentes homens com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência do transtorno do desejo sexual masculino hipoativo varia de acordo com os países e com o método de avaliação. Aproximadamente 6% dos homens mais jovens (entre 18 e 24 anos de idade) e 41% dos homens mais velhos (entre 66 e 74 anos) têm problemas com o desejo sexual. No entanto, a falta de interesse persistente pelo sexo, com duração de seis meses ou mais, afeta apenas uma pequena proporção de homens com idades entre 16 e 44 anos (1,8%).

Desenvolvimento e Curso

Por definição, o transtorno do desejo sexual masculino hipoativo ao longo da vida indica a presença constante de baixo desejo ou nenhum desejo sexual, ao passo que o subtipo adquirido seria aplicável nos casos em que o baixo desejo sexual do homem se desenvolve depois de um período de desejo sexual normal. Um dos requisitos é que o baixo desejo sexual persista por aproximadamente seis meses ou mais; assim, mudanças no desejo sexual de curto prazo não devem ser diagnosticadas como transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Há um declínio normal no desejo sexual relacionado à idade. Como as mulheres, os homens identificam uma grande variedade de desencadeantes do desejo sexual e descrevem uma ampla gama de razões pelas quais decidiram se envolver em atividade sexual. Embora possam diminuir com a idade, as indicações eróticas visuais devem ser consideradas nas avaliações para verificar a presença do transtorno.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Sintomas de humor e de ansiedade parecem ser fortes preditores do baixo desejo sexual em homens. Até metade dos homens com história anterior de sintomas psiquiátricos pode apresentar perda de desejo sexual de moderada a grave, em comparação com apenas 15% daqueles sem essa história. Os sentimentos de um homem em relação a si mesmo, a percepção do desejo sexual de sua parceira em relação a ele, a sensação de estar conectado emocionalmente e variáveis contextuais podem afetar negativamente (assim como positivamente) o desejo sexual.

Ambientais. O consumo de álcool pode aumentar a ocorrência de baixo desejo sexual. Ao explicar o baixo desejo sexual entre homossexuais, deve-se levar em conta a homofobia autodirigida, problemas interpessoais, atitudes, falta de educação sexual adequada e trauma resultante de experiências precoces. Fatores contextuais sociais e culturais também devem ser considerados.

Genéticos e fisiológicos. Distúrbios endócrinos como hiperprolactinemia afetam de forma significativa o desejo sexual nos homens. A idade é um fator de risco relevante para o baixo desejo sexual masculino. Não está claro se os homens com baixo desejo sexual têm ou não níveis anormalmente baixos de testosterona; entretanto, o baixo desejo sexual é comum entre homens com hipogonadismo. Pode haver também um limite crítico abaixo do qual a testosterona irá afetar o desejo sexual nos homens e acima do qual o efeito no desejo sexual é inexpressivo.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há variabilidade significativa nas taxas de prevalência de baixo desejo sexual nas diversas culturas, variando de 12,5% em homens do Norte Europeu a 28% em homens do Sudeste Asiático com idades entre 40 e 80 anos. Assim como há incidência de taxas mais elevadas de baixo desejo sexual entre subgrupos de mulheres do Leste Asiático, homens com antepassados dessa mesma região também apresentam taxas baixas de desejo sexual. A sensação de culpa sobre o sexo pode mediar essa associação entre os grupos étnicos do Leste Asiático e o desejo sexual nos homens.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Diferentemente da classificação dos transtornos sexuais em mulheres, os transtornos de desejo e de excitação são conservados como estruturas separadas nos homens. A despeito de algumas semelhanças nas experiências relacionadas ao desejo sexual em homens e mulheres, e do fato de o desejo oscilar ao longo do tempo e depender de fatores contextuais, os homens relatam intensidade e frequência significativamente mais elevadas de desejo sexual em comparação às mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Transtornos mentais não sexuais, como o transtorno depressivo maior, que se caracteriza por "interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades", podem explicar a falta de desejo sexual. O diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo não deve ser feito nos casos em que a falta de desejo é mais bem explicada por outro transtorno mental.

Uso de substância/medicamento. O uso de substância/medicamento pode explicar a falta de desejo sexual.

Outra condição médica. O diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo não deve ser feito nos casos em que o desejo baixo/ausente e os pensamentos ou fantasias eróticas deficientes/ausentes são mais bem explicados pelos efeitos de outra condição médica (p. ex., hipogonadismo, diabetes melito, disfunção da tireoide, doença do sistema nervoso central).

Fatores interpessoais. O diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo não deve ser feito nos casos em que fatores interpessoais ou contextuais significativos, como perturbação grave do relacionamento, ou outros estressores estão associados à perda de desejo sexual.

Outras disfunções sexuais. A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo; há algumas evidências indicando que até metade dos homens com baixo desejo sexual também apresenta dificuldades eréteis, e um número ligeiramente menor pode apresentar também problemas de ejaculação precoce. Se o próprio homem identifica a si mesmo como assexual, o diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo não é feito.

Comorbidade

Depressão e outros transtornos mentais, assim como fatores endocrinológicos, são com frequência comórbidos ao transtorno do desejo sexual masculino hipoativo.

Ejaculação Prematura (Precoce)

Critérios Diagnósticos **302.75** (F52.4)

A. Padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com parceira dentro de aproximadamente um minuto após a penetração vaginal e antes do momento desejado pelo indivíduo.

Nota: Embora o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce) também possa ser aplicado a indivíduos envolvidos em atividades sexuais não vaginais, não foram estabelecidos critérios específicos para o tempo de duração dessas atividades.

B. Os sintomas do Critério A devem estar presentes por pelo menos seis meses e devem ser experimentados em quase todas ou todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, caso generalizada, em todos os contextos).
C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo.
D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância ou medicamento ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Ao longo da vida: A perturbação esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Determinar o subtipo:

Generalizada: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especificar a gravidade atual:

Leve: A ejaculação ocorre dentro de aproximadamente 30 segundos a 1 minuto após a penetração vaginal.

Moderada: A ejaculação ocorre dentro de aproximadamente 15 a 30 segundos após a penetração vaginal.

Grave: A ejaculação ocorre antes da atividade sexual, no início da atividade sexual ou dentro de 15 segundos após a penetração vaginal.

Características Diagnósticas

A ejaculação prematura (precoce) manifesta-se pela ejaculação que ocorre antes ou logo após a penetração vaginal, avaliada pela estimativa individual de latência ejaculatória (i.e., tempo decorrido antes da ejaculação) após a penetração vaginal. As latências ejaculatórias intravaginais estimadas e medidas estão altamente correlacionadas, levando-se em conta as latências ejaculatórias de curta duração; portanto, os autorrelatos das estimativas de latência ejaculatória são suficientes para fins diagnósticos. O tempo de latência ejaculatória intravaginal de 60 segundos é um ponto de corte adequado para o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida em homens heterossexuais. Não existem dados suficientes para determinar se esse critério de duração pode ser aplicado à ejaculação prematura (precoce) adquirida. A definição de duração aplica-se a indivíduos do sexo masculino de várias orientações sexuais, considerando que as latências ejaculatórias parecem ser semelhantes entre os homens com orientações sexuais diferentes e entre atividades sexuais distintas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Muitos homens com queixa de ejaculação prematura (precoce) queixam-se de uma sensação de falta de controle sobre a ejaculação e demonstram apreensão a respeito da incapacidade prevista para retardar a ejaculação em futuros encontros sexuais.

Os seguintes fatores podem ser relevantes na avaliação de qualquer disfunção sexual: 1) fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais, estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., comunicação inadequada, discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento.

Prevalência

As estimativas da prevalência de ejaculação prematura (precoce) variam amplamente de acordo com a definição utilizada. Em termos internacionais, mais de 20 a 30% dos homens com idades entre 18 e 70 anos demonstram preocupação com a rapidez da ejaculação. Com a nova definição de ejaculação prematura (precoce) (i.e., ejaculação que ocorre dentro de aproximadamente um minuto após a penetração vaginal), somente 1 a 3% dos homens seriam diagnosticados com esse transtorno. A prevalência da disfunção pode aumentar com a idade.

Desenvolvimento e Curso

Por definição, a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida começa durante as primeiras experiências sexuais masculinas e persiste durante toda a vida do indivíduo. Alguns podem experimentar ejaculação prematura (precoce) durante os encontros sexuais iniciais, mas adquirir controle ejaculatório ao longo do tempo. É a persistência dos problemas ejaculatórios por mais de seis meses que determina o diagnóstico da disfunção. Alguns homens, por sua vez, desenvolvem o transtorno após um período de latência ejaculatória normal, conhecido como *ejaculação prematura (precoce) adquirida.* Sabe-se muito menos sobre a ejaculação prematura (precoce) adquirida do que sobre a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida. A forma adquirida provavelmente ocorre um pouco mais tarde, em geral aparecendo durante a quarta década de vida ou depois. A forma ao longo da vida permanece relativamente estável durante toda a vida. Pouco se sabe sobre o curso da ejaculação prematura (precoce) adquirida. A reversão de condições médicas como hipertireoidismo e prostatite parece restaurar as latências ejaculatórias para os valores da linha de base. Em aproximadamente 20% dos homens com a disfunção, as latências ejaculatórias diminuem ainda mais com a idade. Descobriu-se que a idade e o tempo de relacionamento estão negativamente associados à prevalência do transtorno.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. A ejaculação prematura (precoce) pode ser mais comum em homens com transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de ansiedade social (fobia social).

Genéticos e fisiológicos. Há contribuição genética moderada para a ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida. A disfunção pode estar associada a polimorfismos do gene do transportador de dopamina e do gene do transportador de serotonina. Condições como doença da tireoide, prostatite e abstinência de drogas estão associadas à ejaculação prematura (precoce) adquirida. Medidas de tomografias por emissão de pósitrons do fluxo sanguíneo cerebral regional durante a ejaculação mostraram ativação primária na zona de transição mesocefálica, incluindo a área tegmental ventral.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A percepção sobre o que constitui uma latência ejaculatória normal é diferente em muitas culturas. As latências ejaculatórias medidas podem diferir em alguns países. Essas diferenças podem ser explicadas por fatores culturais ou religiosos, bem como pelas diferenças genéticas entre as populações.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A ejaculação prematura (precoce) é um transtorno sexual que acomete indivíduos do sexo masculino. A percepção do que vem a ser uma latência ejaculatória aceitável pode ser diferente entre os homens e suas parceiras sexuais. Pode estar havendo preocupação crescente entre as mulheres sobre a ejaculação precoce em seus parceiros sexuais, o que pode ser um reflexo das mudanças nas atitudes sociais no que diz respeito à atividade sexual feminina.

Marcadores Diagnósticos

Em geral, a latência ejaculatória é monitorada em ambientes de pesquisa com a parceira usando instrumentos de medição de tempo (p. ex., um cronômetro), embora isso não seja o ideal em situações de vida sexual real. Nos casos de relação sexual vaginal, mede-se o tempo entre a penetração intravaginal e a ejaculação.

Consequências Funcionais da Ejaculação Prematura (Precoce)

Um padrão de ejaculação prematura (precoce) pode estar associado a autoestima diminuída, sensação de falta de controle e consequências adversas para o relacionamento. Além disso, pode causar sofrimento pessoal e satisfação sexual diminuída na parceira sexual. A ejaculação antes da penetração pode estar associada a dificuldades de concepção.

Diagnóstico Diferencial

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Nos casos em que os problemas com ejaculação prematura são causados exclusivamente pelo uso, intoxicação ou abstinência de substância, o diagnóstico deve ser de disfunção sexual induzida por substância/medicamento.

Preocupações ejaculatórias que não preenchem os critérios diagnósticos. É necessário identificar homens com latências ejaculatórias normais que desejam latências ejaculatórias mais prolongadas e aqueles com ejaculação prematura (precoce) episódica (p. ex., durante o primeiro encontro sexual com uma nova parceira, quando uma latência ejaculatória curta pode ser comum ou normal). Nenhuma dessas situações levaria a um diagnóstico de ejaculação prematura (precoce), mesmo que sejam desconfortáveis para alguns homens.

Comorbidade

A ejaculação prematura (precoce) pode estar associada a problemas eréteis. Em muitos casos, pode ser difícil determinar qual dificuldade precede a outra. A ejaculação prematura (precoce) ao longo da vida pode estar associada a determinados transtornos de ansiedade, e a adquirida pode estar associada a prostatite, doença da tireoide ou abstinência de drogas (p. ex., durante a retirada de opioides).

Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. Uma perturbação clinicamente significativa na função sexual é predominante no quadro clínico.
B. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de ambos (1) e (2):
   1. Os sintomas do Critério A se desenvolveram durante ou logo após intoxicação ou abstinência de alguma substância ou após exposição a um medicamento.
   2. A substância ou medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
C. A perturbação não é mais bem explicada por uma disfunção sexual que não é induzida por substância/medicamento. A evidência de uma disfunção sexual independente pode incluir o seguinte: Os sintomas precedem o início do uso da substância ou medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (p. ex., em torno de um mês) após a cessação de abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de uma disfunção sexual independente não induzida por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes sem relação com uso de substância/medicamento).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação ou de abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominarem no quadro clínico e forem suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota para codificação: A tabela a seguir indica os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para as disfunções sexuais induzidas por [substância/medicamento específico]. Deve-se observar que o código da CID-10-MC depende de haver ou não a presença de um transtorno comórbido por uso de substância para a mesma classe de substância. Se um transtorno leve por uso de substância for comórbido com a disfunção sexual induzida por substância, o dígito da 4ª posição é "1", e o clínico deverá registrar "transtorno leve por uso de [substância]" antes da disfunção sexual induzida por substância (p. ex., transtorno leve causado pelo uso de cocaína com disfunção sexual induzida por cocaína). Se um transtorno moderado ou grave por uso de substância for comórbido com a disfunção sexual induzida por substância, o dígito da 4ª posição é "2", e o clínico deverá registrar "transtorno moderado por uso de [substância]" ou "transtorno grave por uso de [substância]", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver nenhum transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., depois do uso pesado isolado da substância), o dígito da 4ª posição é "9", e o clínico deverá registrar apenas a disfunção sexual induzida por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Opioide	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Especificar se (ver Tabela 1 no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" para os diagnósticos associados à classe de substância):

Com início durante a intoxicação: Se os critérios para intoxicação pela substância são preenchidos, e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios para abstinência da substância são preenchidos, e os sintomas se desenvolvem durante ou imediatamente após a intoxicação.

Com início após o uso de medicamento: Os sintomas podem surgir no início do uso do medicamento ou depois de uma modificação no uso.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Ocorre em 25 a 50% das ocasiões de atividade sexual.

Moderada: Ocorre em 50 a 75% das ocasiões de atividade sexual.

Grave: Ocorre em 75% ou mais das ocasiões de atividade sexual.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome da disfunção sexual induzida por substância/medicamento inicia com a substância específica (p. ex., álcool, fluoxetina) que presumivelmente esteja causando a disfunção sexual. O código do diagnóstico deve ser selecionado na tabela inclusa no grupo de critérios, que se baseia na classe da droga. No caso de substâncias que ainda não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., fluoxetina), deve-se utilizar o código para "outra substância"; nos casos em que a substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica não é conhecida, deve-se utilizar a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno deve ser seguido pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência, com início após uso de medicamento) e pelo especificador da gravidade (p. ex., leve, moderada, grave). Diferentemente dos procedimentos para registro da

CID-10-MC, que combina transtorno induzido por substância e transtorno por uso de substância em um único código, no caso da CID-9-MC, atribui-se um código específico para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação em homens com transtorno grave por uso de álcool, o diagnóstico é 291.89 disfunção sexual induzida por álcool, com início durante a intoxicação, moderada. Um diagnóstico adicional de 303.90 transtorno grave por uso de álcool também é atribuído. Nas situações em que mais de uma substância está desempenhando papel importante no desenvolvimento da disfunção sexual, deve-se listar cada uma delas separadamente (p. ex., 292.89 disfunção sexual induzida por cocaína com início durante a intoxicação, moderada; 292.89 disfunção sexual induzida por fluoxetina, com início após uso do medicamento).

CID-10-MC. O nome da disfunção sexual induzida por substância/medicamento inicia com a substância específica (p. ex., álcool, fluoxetina) que presumivelmente esteja causando a disfunção sexual. O código do diagnóstico deve ser selecionado na tabela inclusa no grupo de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um distúrbio comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que ainda não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., fluoxetina), deve-se utilizar o código para "outra substância", e nos casos em que a substância for considerada um fator etiológico, mas a classe específica não for conhecida, deve-se utilizar a categoria "substância desconhecida".

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno comórbido por uso de substância (caso exista algum) deve ser listado em primeiro lugar, seguido pela palavra "com", pelo nome da disfunção sexual induzida por substância, pela especificação do início (i.e., início durante a intoxicação, início durante a abstinência, início após o uso de medicamento) e pelo especificador da gravidade (p. ex., leve, moderada, grave). Por exemplo, no caso de disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação em homens com transtorno grave por uso de álcool, o diagnóstico é F10.281 transtorno moderado por uso de álcool, com início durante a intoxicação, moderado. Um diagnóstico adicional de transtorno comórbido grave por uso de álcool não é atribuído. Nas situações em que a disfunção sexual induzida por substância ocorre sem um transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., depois do uso pesado isolado da substância), nenhum transtorno por uso de substância acompanhando a condição é descrito (p. ex., F15.981 disfunção sexual induzida por anfetaminas, com início durante a intoxicação). Nas situações em que mais de uma substância está desempenhando um papel importante no desenvolvimento da disfunção sexual, deve-se listar cada uma delas separadamente (p. ex., F14.181 transtorno leve por uso de cocaína com disfunção sexual induzida por cocaína com início durante a intoxicação, moderado; F19.981 disfunção sexual induzida por fluoxetina, com início após uso do medicamento, moderada).

Características Diagnósticas

A característica principal é uma perturbação na função sexual que apresenta relação temporal com início do uso de alguma substância/medicamento, aumento de dose ou descontinuação de alguma substância/medicamento.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

As disfunções sexuais podem ocorrer em associação com intoxicação causada pelas seguintes classes de substâncias: álcool; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). As disfunções sexuais podem ocorrer em associação com abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; opioides; sedativos, agentes hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Os medicamentos que podem induzir disfunções sexuais incluem antidepressivos, antipsicóticos e contraceptivos hormonais.

Os efeitos colaterais de medicamentos antidepressivos relatados com mais frequência são dificuldades para atingir o orgasmo ou a ejaculação. Problemas com desejo sexual e ereção são menos frequentes. Cerca de 30% das queixas sexuais são clinicamente significativas. Determinados agentes, como a bupropiona e a mirtazapina, parecem não estar associados a efeitos colaterais sexuais.

Problemas sexuais associados a medicamentos antipsicóticos, incluindo problemas com desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo, ocorreram tanto com agentes típicos como com

atípicos. No entanto, a ocorrência de problemas é menos comum com antipsicóticos que não alteram a prolactina em comparação com agentes que provocam elevação significativa do hormônio.

Embora os efeitos dos estabilizadores do humor sobre a função sexual não sejam muito claros, provavelmente o lítio e os anticonvulsivantes, com a possível exceção da lamotrigina, apresentam efeitos adversos sobre o desejo sexual. Problemas com orgasmo podem ocorrer com a gabapentina. Da mesma forma, pode haver prevalência mais alta de problemas eréteis e orgásmicos associados aos benzodiazepínicos. Não há relatos de problemas com a buspirona.

Muitos medicamentos não psiquiátricos, como os agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrintestinais e hormonais, estão associados a perturbações na função sexual. O uso de substâncias ilícitas está associado a redução no desejo sexual, disfunção erétil e dificuldades para atingir o orgasmo. Disfunções sexuais também são observadas em indivíduos que recebem metadona, embora raramente sejam relatadas por pacientes em uso de buprenorfina. O abuso crônico de álcool e o de nicotina estão associados a problemas eréteis.

Prevalência

A prevalência e a incidência de disfunção sexual induzida por substância/medicamento não são muito claras, provavelmente em razão da falta de informações sobre os efeitos colaterais sexuais dos tratamentos. Em geral, os dados sobre a disfunção sexual induzida por substância/medicamento referem-se aos efeitos de medicamentos antidepressivos. A prevalência de disfunção sexual induzida por antidepressivos varia em parte de acordo com o agente específico. Aproximadamente 25 a 80% dos indivíduos que tomam inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos serotonérgicos e antidepressivos com efeitos serotonérgicos-adrenérgicos combinados relatam efeitos colaterais sexuais. Há diferenças na incidência de efeitos colaterais sexuais entre alguns antidepressivos serotonérgicos e serotonérgicos-adrenérgicos combinados, embora não esteja claro se essas diferenças são clinicamente significativas.

Cerca de 50% dos indivíduos que usam medicamentos antipsicóticos vão experimentar efeitos colaterais sexuais, incluindo problemas com desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo. A incidência desses efeitos colaterais entre diferentes agentes antipsicóticos não é clara.

A prevalência e a incidência exata de disfunções sexuais entre usuários de medicamentos não psiquiátricos, como os agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrintestinais e hormonais, são desconhecidas. Há relatos de taxas elevadas de disfunção sexual com o uso de metadona ou de doses elevadas de opioides para dor. Há taxas elevadas de desejo sexual diminuído, disfunção erétil e dificuldade para atingir o orgasmo associadas ao uso de substâncias ilícitas. A prevalência de problemas sexuais parece estar relacionada ao abuso crônico de drogas e parece ser mais elevada em indivíduos que abusam de heroína (aproximadamente 60 a 70%) do que naqueles que abusam de anfetaminas ou de 3,4-metilenodioximetanfetamina (i.e., MDMA, *ecstasy*). Taxas elevadas de disfunção sexual também são observadas em indivíduos que recebem metadona, porém raramente são relatadas por pacientes que recebem buprenorfina. O abuso crônico de álcool e o de nicotina estão relacionados a taxas mais elevadas de problemas eréteis.

Desenvolvimento e Curso

A disfunção sexual induzida por antidepressivos pode ocorrer logo no início do tratamento, isto é, até oito dias depois que o agente foi tomado pela primeira vez. Aproximadamente 30% dos indivíduos com retardo leve a moderado no orgasmo podem apresentar remissão espontânea da disfunção dentro de seis meses. Em alguns casos, a disfunção sexual induzida por inibidores da recaptação da serotonina pode persistir após a descontinuação do uso do agente. O tempo para início de alguma disfunção sexual após o começo do uso de antipsicóticos ou de drogas de abuso é desconhecido. É provável que os efeitos adversos da nicotina e do álcool somente surjam depois de vários anos de uso. A ejaculação prematura (precoce) pode, às vezes, ocorrer depois da interrupção do uso de opioides. Existem algumas evidências de que as perturbações na função sexual relacionadas ao uso de substância/medicamento aumentam com a idade.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Pode haver uma interação entre fatores culturais, a influência de medicamentos no funcionamento sexual e a resposta dos indivíduos a essas alterações.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Podem existir algumas diferenças nos efeitos colaterais sexuais relacionadas ao gênero.

Consequências Funcionais da Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento

A disfunção sexual induzida por medicamento pode resultar em não adesão ao uso do medicamento.

Diagnóstico Diferencial

Disfunções sexuais não induzidas por substância/medicamento. Muitas condições mentais, como os transtornos depressivo, bipolar, de ansiedade e psicótico, estão associadas a perturbações na função sexual. Assim, pode ser difícil diferenciar uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento de uma manifestação do transtorno mental subjacente. Geralmente o diagnóstico é estabelecido nas situações em que se observa uma relação íntima com o início ou a descontinuação do uso da substância/medicamento. É possível estabelecer um diagnóstico claro se o problema ocorrer depois do início do uso da substância/medicamento, se desaparecer com a interrupção do uso da substância/medicamento e se recorrer com a introdução do mesmo agente. A maior parte dos efeitos colaterais induzidos por substância/medicamento ocorre imediatamente após o início ou a descontinuação do uso. Pode ser extremamente difícil diagnosticar com exatidão os efeitos colaterais que ocorrem somente após o uso crônico de uma substância/medicamento.

Outra Disfunção Sexual Especificada

302.79 (F52.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disfunção sexual que causam sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria outra disfunção sexual especificada é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para uma disfunção sexual específica. Isso é feito por meio do registro de "outra disfunção sexual especificada", seguido da razão específica (p. ex., "aversão sexual").

Disfunção Sexual Não Especificada

302.70 (F52.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disfunção sexual que causam sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria disfunção sexual não especificada é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para uma disfunção sexual específica não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Disforia de Gênero

Neste capítulo, é apresentado um diagnóstico global de disforia de gênero, com grupos de critérios separados de acordo com as fases do desenvolvimento para crianças, adolescentes e adultos. A área que envolve sexo e gênero é altamente controversa e resultou em uma proliferação de termos cujos significados variam ao longo do tempo entre as disciplinas e dentro delas. Uma fonte adicional de confusão é que, na língua inglesa, a palavra *sex* tem a conotação tanto de masculino/feminino como de sexualidade. Este capítulo emprega construtos e termos que são amplamente utilizados por clínicos de várias disciplinas com especialização nessa área. Aqui, os termos *sexo* e *sexual* referem-se aos indicadores biológicos de masculino e feminino (compreendidos no contexto de capacidade reprodutiva), como cromossomos sexuais, gônadas, hormônios sexuais e genitália interna e externa não ambígua. Os transtornos do desenvolvimento sexual indicam condições de desvios somáticos inatos do trato reprodutivo em relação à norma e/ou discrepâncias entre os indicadores biológicos de masculino e feminino. O tratamento hormonal *transexual* (*cross-sex*) denota o uso de hormônios feminilizantes em indivíduos designados como do sexo masculino no nascimento com base em indicadores biológicos tradicionais ou o uso de hormônios masculinizantes em indivíduos designados como do sexo feminino no nascimento.

A necessidade de introduzir o termo *gênero* surgiu a partir da constatação de que, para indivíduos com indicadores biológicos conflitantes ou ambíguos de sexo (i.e., "intersexuais"), o papel desempenhado na sociedade e/ou a identificação como masculino ou feminino não poderiam ser associados de maneira uniforme com ou ser preditos a partir de indicadores biológicos e, mais tarde, de que alguns indivíduos desenvolvem uma identidade masculina ou feminina em desacordo com seu conjunto uniforme de indicadores biológicos clássicos. Assim, o termo *gênero* é utilizado para denotar o papel público desempenhado (e em geral juridicamente reconhecido) como menino ou menina, homem ou mulher; porém, diferentemente de determinadas teorias construcionistas sociais, os fatores biológicos, em interação com fatores sociais e psicológicos, são considerados como contribuindo para o desenvolvimento do gênero. *Designação de gênero* refere-se à designação inicial como homem ou mulher. Geralmente isso ocorre ao nascimento e, por conseguinte, cria o "gênero de nascimento". *Atípicas com o gênero* refere-se a características somáticas ou comportamentais não típicas (estatisticamente falando) de indivíduos com a mesma designação de gênero em determinada sociedade em determinado momento histórico; *não conforme com o gênero* é um termo descritivo alternativo para se referir a um comportamento. *Redesignação de gênero* denota uma alteração oficial (e geralmente legal) de gênero. *Identidade de gênero* é uma categoria de identidade social e refere-se à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou, ocasionalmente, alguma categoria diferente de masculino ou feminino. *Disforia de gênero,* como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica. *Transgênero* refere-se ao amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, se identificam com um gênero diferente do de nascimento. *Transexual* indica um indivíduo que busca ou que passa por uma transição social de masculino para feminino ou de feminino para masculino, o que, em muitos casos (mas não em todos) , envolve também uma transição somática por tratamento hormonal e cirurgia genital (*cirurgia de redesignação sexual*).

Disforia de gênero refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruên-

cia não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o termo anterior *transtorno de identidade de gênero*, do DSM-IV, e foca a disforia como um problema clínico, e não como identidade por si própria.

Disforia de Gênero

Critérios Diagnósticos

Disforia de Gênero em Crianças 302.6 (F64.2)

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o Critério A1):
   1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado).
   2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por *cross-dressing* (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.
   3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.
   4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero.
   5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.
   6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.
   7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
   8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com um transtorno do desenvolvimento sexual (p. ex., distúrbio adrenogenital congênito, como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congênita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade androgênica).

Nota para codificação: Codificar tanto o transtorno do desenvolvimento sexual como a disforia de gênero.

Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1)

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:
   1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
   2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
   3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
   4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).

5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com um transtorno do desenvolvimento sexual (p. ex., distúrbio adrenogenital congênito, como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congênita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade androgênica).

Nota para codificação: Codificar tanto o transtorno do desenvolvimento sexual como a disforia de gênero.

Especificar se:

Pós-transição: O indivíduo fez uma transição para uma vida em tempo integral no gênero desejado (com ou sem legalização da mudança de gênero) e fez (ou está se preparando para fazer) pelo menos um procedimento médico ou um regime de tratamento transexual – a saber, tratamento hormonal transexual regular ou cirurgia de redesignação de gênero confirmando o gênero desejado (p. ex., penectomia, vaginoplastia em um gênero masculino ao nascimento; mastectomia ou faloplastia em um gênero feminino ao nascimento).

Especificadores

O especificador pós-transição pode ser utilizado no contexto de procedimentos continuados de tratamento que têm como objetivo dar suporte à designação do novo gênero.

Características Diagnósticas

Indivíduos com disforia de gênero apresentam incongruências acentuadas entre o gênero que lhes foi designado (em geral ao nascimento, conhecido como *gênero de nascimento*) e o gênero experimentado/expresso. Essa discrepância é o componente central do diagnóstico. Deve haver também evidências de sofrimento causado por essa incongruência. O gênero experimentado pode incluir identidades de gêneros alternativas além dos estereótipos binários. Em consequência, o sofrimento não se limita ao desejo de simplesmente pertencer ao outro gênero, podendo incluir também o desejo de ser de um gênero alternativo, desde que diferente do designado.

A disforia de gênero manifesta-se de formas diferentes em grupos etários distintos. Meninas pré-puberais com disforia de gênero podem expressar o desejo de serem meninos, afirmar que são meninos ou declarar que serão homens quando crescerem. Preferem usar roupas e cortes de cabelo de meninos, com frequência são percebidas como meninos por estranhos e podem pedir para serem chamadas por um nome de menino. Geralmente apresentam reações negativas intensas às tentativas dos pais de fazê-las usar vestidos ou outros trajes femininos. Algumas podem se recusar a participar de eventos escolares ou sociais que exigem o uso de roupas femininas. Essas meninas podem demonstrar identificação transgênero acentuada em brincadeiras, sonhos e fantasias. Com frequência, sua preferência é por esportes de contato, brincadeiras agressivas e competitivas, jogos tradicionalmente masculinos e ter meninos como pares. Elas demonstram pouco interesse por brinquedos (p. ex., bonecas) ou atividades (p. ex., usar vestidos ou desempenhar papéis femininos em brincadeiras) tipicamente femininos. Às vezes, recusam-se a urinar na posição sentada. Algumas meninas podem expressar o desejo de ter um pênis, afirmar ter um pênis ou que terão um pênis quando forem mais velhas. Também podem afirmar que não querem desenvolver seios ou menstruar.

Meninos pré-puberais com disforia de gênero podem expressar o desejo ou afirmar que são meninas ou que serão meninas quando crescerem. Preferem usar trajes de meninas ou de

mulheres ou podem improvisar roupas com qualquer material disponível (p. ex., usar toalhas, aventais e xales como cabelos longos ou como saias). Essas crianças podem desempenhar papéis femininos em brincadeiras (p. ex., brincar de "mãe") e com frequência se interessam intensamente por bonecas. Na maioria das vezes, preferem atividades, jogos estereotípicos e passatempos tradicionalmente femininos (p. ex., "brincar de casinha", desenhar quadros femininos, assistir a programas de televisão ou vídeos com personagens femininos favoritos). Bonecas estereotípicas femininas (p. ex., Barbie) geralmente são os brinquedos favoritos, e as meninas são as companheiras de brincadeira preferidas. Eles evitam brincadeiras agressivas e os esportes competitivos e demonstram pouco interesse por brinquedos estereotipicamente masculinos (p. ex., carrinhos, caminhões). Alguns fingem que não têm pênis e insistem em urinar sentados. Mais raramente, podem dizer que sentem repulsa pelo pênis ou pelos testículos, que gostariam que eles fossem removidos ou que têm, ou gostariam de ter, uma vagina.

Em adolescentes jovens com disforia de gênero, as características clínicas podem se assemelhar às de crianças ou de adultos com a mesma condição, dependendo do nível de desenvolvimento. Como as características sexuais secundárias de adolescentes jovens ainda não estão totalmente desenvolvidas, esses indivíduos podem não manifestar nenhum sentimento de repulsa em relação a elas, mas se preocupam com as mudanças físicas iminentes.

Em adultos com disforia de gênero, a discrepância entre a experiência de gênero e as características físicas sexuais é frequentemente, mas nem sempre, acompanhada por um desejo de livrar-se das características sexuais primárias e/ou secundárias e/ou por um forte desejo de adquirir algumas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero. Em maior ou menor grau, adultos com disforia de gênero podem adotar o comportamento, as vestimentas e os maneirismos do gênero experimentado. Sentem-se desconfortáveis com o fato de serem considerados pelos outros ou de funcionar na sociedade como membros do seu gênero designado. Alguns adultos podem sentir desejo intenso de pertencer a um gênero diferente e de ser tratados como tal e podem ter a convicção interior de sentirem e reagirem como o gênero experimentado sem procurar tratamento médico para alterar as características corporais. Eles podem encontrar outras maneiras de solucionar a incongruência entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado, vivendo parcialmente o papel desejado ou adotando um papel de gênero que não seja convencionalmente masculino nem convencionalmente feminino.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

No momento em que surgem sinais visíveis de puberdade, os meninos podem depilar as pernas aos primeiros sinais de crescimento de pelos. Eles às vezes prendem os órgãos genitais para que as ereções não fiquem visíveis. As meninas podem prender os seios, andar curvadas ou usar blusas folgadas para que os seios fiquem menos visíveis. Cada vez mais, os adolescentes solicitam ou obtêm sem prescrição médica nem supervisão receitas de supressores hormonais ("bloqueadores") de esteroides gonadais (p. ex., análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas [GnRH], espironolactona). Adolescentes encaminhados para atendimento clínico frequentemente querem tratamento hormonal e podem também desejar fazer cirurgia de redesignação de gênero. Adolescentes que vivem em ambientes receptivos podem expressar abertamente o desejo de ser e de ser tratados como o gênero experimentado e vestir-se parcial ou totalmente de acordo com esse gênero, ter corte de cabelo típico do gênero experimentado, buscar, de preferência, fazer amizade com pares do outro gênero e/ou adotar um novo nome consistente com o gênero experimentado. Adolescentes mais velhos, quando sexualmente ativos, em geral não mostram ou permitem que seus parceiros toquem em seus órgãos sexuais. No caso de adultos com aversão por suas genitálias, a atividade sexual é limitada pela preferência de que seus órgãos sexuais não sejam vistos ou tocados por seus parceiros. Alguns adultos podem procurar tratamento hormonal (às vezes sem prescrição e supervisão médica) e cirurgia de redesignação de gênero. Outros ficam satisfeitos apenas com o tratamento hormonal ou a cirurgia.

Antes da redesignação de gênero, adolescentes e adultos com disforia de gênero estão sob risco elevado de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. Após a redesignação de gênero, a adaptação pode variar, e o risco de suicídio pode persistir.

Prevalência

Para indivíduos do sexo masculino ao nascimento, a prevalência varia de 0,005 a 0,014%; para indivíduos do sexo feminino ao nascimento, de 0,002 a 0,003%. É provável que essas taxas estejam modestamente subestimadas, tendo em vista que nem todos os adultos que pretendem fazer tratamento hormonal e cirurgia de redesignação de gênero procuram clínicas especializadas. As diferenças de sexo em relação às taxas de encaminhamento para clínicas especializadas variam de acordo com o grupo etário. Em crianças, as proporções entre meninos em comparação com meninas variam de 2:1 a 4,5:1. Em adolescentes, essa proporção se aproxima da paridade; em adultos, a proporção é favorável aos indivíduos do sexo masculino ao nascimento e varia de 1:1 a 6,1:1. Em dois países, aparentemente a proporção entre os sexos é favorável aos indivíduos do sexo feminino ao nascimento (Japão: 2,2:1; Polônia: 3,4:1).

Desenvolvimento e Curso

Visto que a expressão da disforia de gênero varia com a idade, há grupos de critérios separados para crianças *versus* adolescentes e adultos. Os critérios para crianças são definidos de maneira mais comportamental e concreta do que aqueles para adolescentes e adultos. Muitos dos critérios básicos fundamentam-se nas diferenças comportamentais de gênero bem comprovadas entre meninos e meninas com desenvolvimento normal. Crianças jovens são menos propensas do que crianças mais velhas, adolescentes e adultos a expressar disforia anatômica extrema e persistente. Em adolescentes e adultos, a incongruência entre gênero experimentado e sexo somático é uma característica central do diagnóstico. Fatores relacionados ao sofrimento e aos prejuízos também variam com a idade. Crianças muito jovens podem demonstrar sinais de sofrimento (p. ex., choro intenso) somente quando os pais dizem que ela ou ele não é "realmente" membro do outro gênero, mas apenas "deseja" ser. O sofrimento pode não se manifestar em ambientes sociais que apoiam o desejo da criança de viver o papel do outro gênero e pode surgir somente se houver alguma interferência nesse desejo. Em adolescentes e adultos, o sofrimento pode se manifestar em virtude de forte incongruência entre o gênero experimentado e o sexo somático. No entanto, esse sofrimento pode ser mitigado por ambientes que apoiam e por saber que existem tratamentos biomédicos para diminuir a incongruência. Prejuízos como rejeição da escola, desenvolvimento de depressão, ansiedade e abuso de substâncias podem ser consequências da disforia de gênero.

Disforia de gênero sem um transtorno do desenvolvimento sexual. Em crianças encaminhadas para atendimento clínico, o início de comportamentos transgêneros ocorre geralmente entre as idades de 2 e 4 anos. Isso corresponde ao período de tempo do desenvolvimento em que as crianças com desenvolvimento normal começam a expressar comportamentos e interesses relacionados ao gênero. Para algumas crianças na fase pré-escolar, tanto comportamentos transgêneros quanto o desejo expresso de pertencer ao outro gênero podem estar presentes; mais raramente, a criança pode se rotular como membro do outro gênero. Em alguns casos, o desejo expresso de pertencer ao outro gênero surge mais tardiamente, em geral ao ingressar no ensino fundamental. Uma pequena minoria de crianças expressa desconforto com sua anatomia sexual ou declara o desejo de ter uma anatomia sexual correspondente à do gênero experimentado ("disforia anatômica"). As expressões de disforia anatômica tornam-se mais comuns à medida que as crianças com disforia de gênero se aproximam da e vislumbram a puberdade.

As taxas de persistência da disforia de gênero da infância até a adolescência ou a fase adulta variam. Em indivíduos do sexo masculino ao nascimento, a persistência varia de 2,2 a 30%. Em indivíduos do sexo feminino ao nascimento, a persistência varia de 12 a 50%. Há modesta cor-

relação entre persistência da disforia de gênero e medidas dimensionais da gravidade apuradas no momento da avaliação inicial da criança. Em uma amostra de indivíduos do sexo masculino ao nascimento, foi identificada também modesta correlação entre persistência e histórico socioeconômico mais baixo. Não está suficientemente claro se abordagens terapêuticas específicas para a disforia de gênero em crianças estão relacionadas a taxas de persistência a longo prazo. As amostras de acompanhamento existentes consistem em crianças que não receberam nenhuma intervenção terapêutica formal ou que receberam vários tipos de intervenção terapêutica, variando desde esforços ativos para reduzir a disforia de gênero até uma abordagem mais neutra de "espera vigilante". Não está claro se crianças "encorajadas" ou apoiadas a viver socialmente no gênero desejado apresentam taxas mais elevadas de persistência, visto que elas ainda não foram acompanhadas longitudinalmente de forma sistemática. Tanto entre indivíduos do sexo masculino como entre indivíduos do sexo feminino ao nascimento com evidências de persistência da disforia de gênero, quase todos sentem atração sexual por indivíduos do seu sexo de nascimento. No caso de crianças do sexo masculino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, a maioria é *androfílica* (sente atração física por homens) e frequentemente identifica a si mesmo como *gay* ou homossexual (variando de 63 a 100%). No caso de crianças do sexo feminino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, o percentual de *ginecofílicas* (sentem atração física por mulheres) e que identificam a si mesmas como lésbicas é menor (variando de 32 a 50%).

Tanto em adolescentes como em adultos do sexo masculino ao nascimento há duas grandes trajetórias para a disforia de gênero: de início precoce e de início tardio. A *disforia de gênero de início precoce* começa na infância e continua na adolescência e na vida adulta; ou, ainda, pode haver um período intermitente em que cessa a disforia de gênero e esses indivíduos se identificam como *gays* ou homossexuais, ocorrendo, em seguida, a recorrência da disforia de gênero. A *disforia de gênero de início tardio* ocorre ao redor da puberdade ou bem mais tarde na vida. Alguns desses indivíduos afirmam ter sentido desejo de pertencer ao outro gênero durante a infância sem tê-lo verbalizado para outras pessoas. Outros não se recordam de quaisquer sinais de disforia de gênero na infância. Com frequência, os pais de adolescentes do sexo masculino com *disforia de gênero de início tardio* demonstram surpresa porque não haviam percebido sinais de disforia de gênero no período da infância. Expressões de disforia anatômica são mais comuns e proeminentes em adolescentes e adultos após o desenvolvimento das características sexuais secundárias.

Adolescentes e adultos do sexo masculino ao nascimento, com disforia de gênero de início precoce, quase sempre sentem atração sexual por homens (androfílicos). Adolescentes e adultos com disforia de gênero de início tardio frequentemente adotam comportamento de travestismo com excitação sexual. A maioria desses indivíduos é ginecofílica ou sente atração sexual por outros indivíduos de sexo masculino ao nascimento com disforia de gênero tardio que já iniciaram a transição de gênero. Uma porcentagem substancial de indivíduos masculinos adultos com disforia de gênero de início tardio coabita ou é casada com indivíduos femininos ao nascimento. Após a transição de gênero, muitas dessas pessoas se identificam como lésbicas. Entre os indivíduos adultos do sexo masculino ao nascimento com disforia de gênero, o grupo de início precoce procura atendimento clínico para tratamento hormonal e cirurgia de redesignação em uma idade mais precoce do que o grupo de início tardio. O grupo de início tardio pode apresentar mais oscilações no grau de disforia de gênero e ser mais ambivalente sobre e, provavelmente, menos satisfeito com a cirurgia de redesignação de gênero.

Em indivíduos femininos ao nascimento, tanto adultos como adolescentes, o curso mais comum é a forma de início precoce de disforia de gênero. A forma de início tardio é muito menos comum em indivíduos do sexo feminino em comparação com os do sexo masculino ao nascimento. Assim como em indivíduos masculinos ao nascimento com disforia de gênero, pode ter ocorrido um período no qual houve recuo da disforia de gênero, e essas pessoas passaram a se identificar como lésbicas. Entretanto, com a recorrência da disforia de gênero, elas buscam ajuda clínica, em geral com a intenção de fazer tratamento hormonal ou cirurgia de redesig-

nação. Os pais de adolescentes femininos ao nascimento com a forma de início tardio também demonstram surpresa, visto que não havia sinais evidentes de disforia de gênero na infância. As expressões de disforia anatômica são muito mais comuns e proeminentes em adolescentes e adultos do que em crianças.

Indivíduos adolescentes e adultos femininos ao nascimento com disforia de gênero de início precoce são quase sempre ginecofílicos. Adolescentes e adultos com a forma de início tardio são geralmente androfílicos e, após a transição de gênero, identificam-se como homens *gays.* Indivíduos femininos ao nascimento com a forma de início tardio não apresentam comportamento de travestismo com excitação sexual.

Disforia de gênero em associação com um transtorno do desenvolvimento sexual. A maior parte dos indivíduos com um transtorno do desenvolvimento sexual e que desenvolve disforia de gênero já procurou atendimento médico em uma idade precoce. Para muitos, iniciando no nascimento, assuntos relacionados à designação de gênero foram levantados pelos médicos e pelos pais. Além disso, como a infertilidade é muito comum nesse grupo, os médicos estão mais dispostos a fazer tratamentos hormonais transexuais e cirurgia genital antes do ingresso na fase adulta.

De maneira geral, os transtornos do desenvolvimento sexual estão frequentemente associados a comportamentos atípicos de gênero que começam logo no início da infância. No entanto, na maioria dos casos, isso não leva à disforia de gênero. Considerando que os indivíduos com um transtorno do desenvolvimento sexual têm consciência de sua história e de sua condição médica, muitos experimentam uma sensação de incerteza sobre seu gênero, em contraste com o desenvolvimento de uma firme convicção de que pertencem ao outro. Entretanto, a maioria não progride para a transição de gênero. A disforia de gênero e a transição de gênero podem variar consideravelmente de acordo com o transtorno do desenvolvimento sexual, com sua gravidade e com o gênero designado.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Para indivíduos com disforia de gênero sem um transtorno do desenvolvimento sexual, o comportamento de gênero atípico entre pessoas com disforia de gênero de início precoce se desenvolve logo no início da idade pré-escolar. É também possível que um grau elevado de atipicidade torne o desenvolvimento de disforia de gênero, assim como sua persistência na adolescência e na vida adulta, mais provável.

Ambientais. Entre indivíduos com disforia de gênero sem um transtorno do desenvolvimento sexual, é mais comum que homens com disforia de gênero (na infância e na adolescência) tenham irmãos mais velhos do que homens sem a condição. Fatores predisponentes adicionais que estão sendo avaliados, especialmente em indivíduos com disforia de gênero de início tardio (adolescência, vida adulta), incluem a transformação do travestismo fetichista habitual em autoginecofilia (i.e., excitação sexual associada ao pensamento ou à imagem de si mesmo como uma mulher) e outras formas mais gerais de problemas sociais, psicológicos ou do desenvolvimento.

Genéticos e fisiológicos. Evidências de familiaridade (fraca) de transexualismo entre irmãos não gêmeos, concordância aumentada para transexualismo em gêmeos monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos do mesmo sexo, em indivíduos com disforia de gênero sem um transtorno do desenvolvimento sexual, sugerem alguma contribuição genética e algum grau de herdabilidade do transtorno. No que diz respeito aos achados endócrinos, não foram encontradas anormalidades endógenas sistêmicas nos níveis dos hormônios sexuais em indivíduos 46,XY, enquanto parecem ocorrer níveis aumentados de andrógenos (na faixa encontrada em mulheres hirsutas, porém muito abaixo dos níveis masculinos normais) em indivíduos 46,XX. De maneira geral, as evidências atuais são insuficientes para rotular disforia de gênero sem um transtorno do desenvolvimento sexual como uma forma de intersexualidade limitada ao sistema nervoso central.

Na disforia de gênero associada a um transtorno de desenvolvimento sexual, a probabilidade de disforia de gênero tardia aumenta se a produção e a utilização (via sensibilidade dos receptores) pré-natal de andrógenos são grosseiramente atípicas em relação ao que se costuma observar em indivíduos com o mesmo gênero designado. Exemplos incluem indivíduos 46,XY sem alterações hormonais pré-natais, porém com defeitos genitais não hormonais inatos (como na extrofia cloacal ou na agenesia peniana), e que foram designados ao gênero feminino. A probabilidade de disforia de gênero é ainda mais acentuada pela exposição androgênica pós-natal com virilização somática adicional, prolongada e altamente atípica em relação ao gênero, como pode ocorrer em indivíduos 46,XY criados como mulheres e não castrados, com deficiência de 5-alfa-redutase tipo 2 ou de 17-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 3, ou em indivíduos 46,XX criados como mulheres com hiperplasia adrenal congênita clássica e períodos prolongados de não adesão à terapia de reposição de glicocorticoides. No entanto, o padrão androgênico pré-natal está mais intimamente relacionado ao comportamento de gênero do que à identidade de gênero. Muitos indivíduos com transtornos de desenvolvimento sexual e comportamento de gênero acentuadamente atípico não desenvolvem disforia de gênero. Assim, o comportamento de gênero atípico, isoladamente, não deve ser interpretado como um indicador de disforia de gênero atual ou futura. Em indivíduos 46,XY com um transtorno de desenvolvimento sexual, parece haver uma taxa mais elevada de disforia de gênero e de mudança de gênero iniciada pelo paciente do gênero feminino designado para o masculino do que do gênero masculino designado para o feminino.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Existem relatos de indivíduos com disforia de gênero em muitos países e culturas. O equivalente à disforia de gênero foi também relatado em pessoas que vivem em culturas com outras categorias de gênero institucionalizadas além de masculino ou feminino. Não está claro se, no caso desses indivíduos, os critérios diagnósticos de disforia de gênero seriam preenchidos.

Marcadores Diagnósticos

Indivíduos com um transtorno somático de desenvolvimento sexual mostram alguma correlação entre o resultado da identidade de gênero final e o grau de produção e de utilização androgênica pré-natal. Entretanto, essa correlação não é suficientemente robusta para que o fator biológico, nos casos aplicáveis, possa substituir as entrevistas de avaliação diagnóstica detalhadas e abrangentes para disforia de gênero.

Consequências Funcionais da Disforia de Gênero

A preocupação com desejos transgêneros pode se desenvolver em todas as idades depois dos primeiros 2 a 3 anos de infância e frequentemente interfere nas atividades diárias. Em crianças mais velhas, o fracasso em desenvolver relacionamentos e habilidades típicas da idade com pares do mesmo sexo pode resultar no isolamento dos grupos de pares e em sofrimento. Algumas crianças podem se recusar a ir à escola por causa de provocações e de assédio ou pressão para se vestir conforme o gênero designado. Em adolescentes e adultos, a preocupação com desejos transgêneros também interfere com frequência nas atividades diárias. As dificuldades de relacionamento, incluindo problemas de relacionamento sexual, são comuns, e o funcionamento na escola ou no trabalho pode ser prejudicado. A disforia de gênero, juntamente com a expressão atípica de gênero, está associada a níveis elevados de estigmatização, discriminação e vitimização, levando a autoconceito negativo, taxas elevadas de comorbidade de transtorno mental, abandono escolar e marginalização econômica, incluindo desemprego, com todos os riscos correspondentes na área social e de saúde mental, principalmente no caso de indivíduos de famílias pobres. Além disso, o

acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e de saúde mental pode ser impedido por barreiras estruturais, como desconforto institucional ou inexperiência em trabalhar com essa população de pacientes.

Diagnóstico Diferencial

Não conformidade com os papéis do gênero. A disforia de gênero deve ser diferenciada da não conformidade simples com o comportamento estereotípico do papel do gênero pelo desejo intenso de pertencer a gênero diferente do designado e pela extensão e onipresença de atividades e interesses variantes de gênero. O objetivo do diagnóstico não é simplesmente descrever a não conformidade em relação ao comportamento estereotípico do papel do gênero (p. ex., meninas com jeito de moleque, meninos com trejeitos femininos, travestismo ocasional em homens adultos). Considerando o nível elevado de abertura de expressões atípicas de gênero usadas pelos indivíduos em toda a faixa do espectro transgênero, é importante que o diagnóstico clínico se restrinja àqueles indivíduos cujo sofrimento e prejuízo preencham os critérios especificados.

Transtorno transvéstico. O transtorno transvéstico ocorre em homens (raramente em mulheres) adolescentes e adultos heterossexuais (ou bissexuais) para os quais o comportamento de travestismo (*cross-dressing*) produz excitação sexual e causa sofrimento e/ou prejuízos sem colocar em discussão seu gênero primário. Ocasionalmente, esse transtorno é acompanhado de disforia de gênero. Um indivíduo com o transtorno transvéstico que também tem disforia de gênero clinicamente significativa pode receber os dois diagnósticos. Em muitos casos de disforia de gênero de início tardio em indivíduos ginecofílicos do sexo masculino ao nascimento, o comportamento transvéstico com excitação sexual é um precursor.

Transtorno dismórfico corporal. O foco principal de um indivíduo com transtorno dismórfico corporal é a alteração ou remoção de uma parte específica do corpo pelo fato de ela ser percebida como anormalmente formada, e não por representar o repúdio ao gênero designado. Nos casos em que a apresentação de um indivíduo atende aos critérios tanto para disforia de gênero quanto para transtorno dismórfico corporal, ambos os diagnósticos podem ser dados. Indivíduos com desejo de amputar um membro saudável (denominado por alguns de *transtorno de identidade da integridade corporal*) porque isso os faz sentir-se mais "completos" geralmente não desejam alterar seu gênero, mas viver como amputados ou inválidos.

Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Na esquizofrenia, pode haver raramente o delírio de pertencer ao outro gênero. Na ausência de sintomas psicóticos, a insistência de um indivíduo com disforia de gênero de que ele ou ela é do outro gênero não é considerada um delírio. Esquizofrenia (ou outros transtornos psicóticos) e disforia de gênero podem ocorrer concomitantemente.

Outras apresentações clínicas. Alguns indivíduos com desejo de emasculinização que desenvolvem uma identidade de gênero alternativa, nem homem nem mulher, têm realmente uma apresentação que preenche os critérios de disforia de gênero. No entanto, alguns homens procuram castração e/ou penectomia por razões estéticas ou para remover os efeitos psicológicos de andrógenos sem alterar a identidade masculina; esses casos não preenchem os critérios de disforia de gênero.

Comorbidade

Crianças com disforia de gênero encaminhadas para atendimento clínico apresentam níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais – notadamente transtornos de ansiedade, do controle de impulsos e depressivos. Em crianças na fase pré-puberal, o avanço na idade está associado a uma quantidade maior de problemas comportamentais ou emocionais; esse fato está relacionado à crescente não aceitação do comportamento variante de gênero por outras pessoas.

Em crianças mais velhas, o comportamento da variante de gênero frequentemente leva à rejeição social pelos pares, o que pode resultar em mais problemas comportamentais. A prevalência de problemas de saúde mental difere entre as culturas; essas diferenças podem também estar relacionadas a diferenças de atitude em relação à variância de gênero em crianças. Entretanto, também em algumas culturas não ocidentais, descobriu-se que a ansiedade é relativamente comum em indivíduos com disforia de gênero, mesmo em culturas com atitudes de aceitação do comportamento variante de gênero. O transtornos do espectro autista é mais prevalente em crianças com disforia de gênero encaminhadas para atendimento clínico do que na população em geral. Adolescentes com disforia de gênero encaminhados para atendimento clínico parecem ter transtornos mentais comórbidos, sendo que os transtornos depressivos e de ansiedade são os mais comuns. Assim como em crianças, o transtorno do espectro autista é mais prevalente em adolescentes com disforia de gênero encaminhados para atendimento clínico do que na população em geral. Adultos com disforia de gênero encaminhados para atendimento clínico podem apresentar problemas coexistentes de saúde mental, mais comumente os transtornos de ansiedade e depressivos.

Outra Disforia de Gênero Especificada

302.6 (F64.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disforia de gênero que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para disforia de gênero. A categoria outra disforia de gênero especificada é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer disforia de gênero. Isso é feito por meio do registro de "outra disforia de gênero especificada", seguido pela razão específica (p. ex., "disforia de gênero breve").

Um exemplo de apresentação que pode ser especificada usando a designação "outra disforia de gênero especificada" é o seguinte:

A perturbação atual preenche os critérios para os sintomas de disforia de gênero, mas a duração é inferior a seis meses.

Disforia de Gênero Não Especificada

302.6 (F64.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disforia de gênero que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para disforia de gênero. A categoria disforia de gênero não especificada é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para disforia de gênero não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta

Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta incluem condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos. Enquanto outros transtornos do DSM-5 também podem envolver problemas na regulação emocional e/ou comportamental, os transtornos inclusos neste capítulo são exclusivos no sentido de que esses problemas se manifestam em comportamentos que violam os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. As causas subjacentes dos problemas de autocontrole das emoções e do comportamento podem variar amplamente entre os transtornos apresentados neste capítulo e entre indivíduos pertencentes a determinada categoria diagnóstica.

Este capítulo inclui o transtorno de oposição desafiante, o transtorno explosivo intermitente, o transtorno da conduta, o transtorno da personalidade antissocial (descrito no capítulo "Transtornos da Personalidade"), a piromania, a cleptomania, outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado e transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado. Embora todos os transtornos inclusos neste capítulo envolvam problemas na regulação tanto emocional quanto comportamental, a fonte de variação entre os transtornos é a ênfase relativa que é dada a problemas nesses dois tipos de autocontrole. Por exemplo, os critérios para transtorno da conduta focam principalmente comportamentos pouco controlados que violam os direitos dos outros ou que violam normas sociais relevantes. Muitos dos sintomas comportamentais (p. ex., agressão) podem ser resultado de emoções mal controladas, como a raiva. No outro extremo, os critérios para transtorno explosivo intermitente focam principalmente a emoção mal controlada, explosões de raiva que são desproporcionais à provocação interpessoal ou a outro tipo de provocação ou a outros estressores psicossociais. Intermediário no impacto entre esses dois transtornos está o transtorno de oposição desafiante, no qual os critérios são distribuídos de maneira mais uniforme entre as emoções (raiva e irritação) e os comportamentos (questionamento e desafio). Piromania e cleptomania são diagnósticos utilizados com menos frequência que se caracterizam por baixo controle de impulsos relacionado a comportamentos específicos (provocar incêndios ou furtar) que aliviam a tensão interna. Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado é uma categoria que envolve condições nas quais há sintomas de transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante, ou de outros transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, porém o número de sintomas não atinge os limiares diagnósticos para nenhum dos transtornos mencionados neste capítulo, mesmo havendo evidência de prejuízo clinicamente significativo associado a tais sintomas.

Todos os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta tendem a ser mais comuns no sexo masculino do que no feminino, embora o grau relativo da predominância masculina possa ser diferente entre os transtornos e em um determinado transtorno em idades diferentes. Os transtornos deste capítulo tendem a se iniciar na infância ou na adolescência. Na realidade, em situações muito raras, o transtorno da conduta e o de oposição desafiante surgem pela primeira vez na idade adulta. Há uma relação do ponto de vista do desenvolvimento entre o transtorno de oposição desafiante e o da conduta no sentido de que a maior parte dos casos de transtorno da conduta teria preenchido previamente critérios para transtorno de oposição desafiante, ao menos nos casos em que o transtorno da conduta surge antes da adolescência. No entanto, a maioria das crianças com transtorno de oposição desafiante não irá desenvolver transtorno da conduta. Além disso, crianças com transtorno de oposição desafiante estão em risco de desenvolver outros problemas além do transtorno da conduta, incluindo transtornos de ansiedade e depressão.

Muitos dos sintomas que definem os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta são comportamentos que ocorrem, em alguma medida, em indivíduos com desenvolvimento típico. Portanto, é extremamente importante que a frequência, a persistência, a pervasividade nas situações e o prejuízo associado aos comportamentos indicativos do diagnóstico sejam considerados em relação ao que é normal para a idade, o gênero e a cultura da pessoa antes de se determinar se são sintomáticos de um transtorno.

Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta foram vinculados a um espectro externalizante comum associado a dimensões de personalidade denominadas *desinibição* e (inversamente) *retraimento* e, em menor grau, afetividade negativa. Essas dimensões compartilhadas da personalidade poderiam explicar o alto nível de comorbidade entre esses transtornos e sua frequente comorbidade com transtornos por uso de substâncias e com transtorno da personalidade antissocial. No entanto, a natureza específica das diáteses compartilhadas que formam o espectro externalizante permanece desconhecida.

Transtorno de Oposição Desafiante

Critérios Diagnósticos **313.81 (F91.3)**

A. Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, como evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

Humor Raivoso/Irritável

1. Com frequência perde a calma.
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento Questionador/Desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.

Índole Vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Nota: A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático. No caso de crianças com idade abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante no mínimo seis meses, exceto se explicitado de outro modo (Critério A8). Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.

B. A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato (p. ex., família, grupo de pares, colegas de trabalho) ou causa impactos negativos no funcionamento social, educacional, profissional ou outras áreas importantes da vida do invidíduo.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar. Além disso, os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor não são preenchidos.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Os sintomas limitam-se a apenas um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).

Moderada: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.

Grave: Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

Especificadores

Não é raro indivíduos com transtorno de oposição desafiante apresentarem sintomas somente em casa e apenas com membros da família. No entanto, a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de oposição desafiante é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa (Critério A). Não é raro indivíduos com transtorno de oposição desafiante apresentarem características comportamentais do transtorno na ausência de problemas de humor negativo. Entretanto, as pessoas com o transtorno que apresentam sintomas de humor raivoso/irritável costumam também demonstrar características comportamentais.

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem se limitar a apenas um ambiente, mais frequentemente em casa. Os indivíduos que apresentam sintomas suficientes para atingir o limiar diagnóstico, mesmo que isso ocorra somente em casa, podem ter prejuízos significativos em seu funcionamento social. Todavia, nos casos mais graves, os sintomas do transtorno estão presentes em múltiplos ambientes. Levando-se em conta que a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é extremamente importante avaliar o comportamento do indivíduo em vários ambientes e relacionamentos. Como são comuns entre irmãos, esses comportamentos devem ser observados nas interações com outras pessoas. Além disso, considerando que, em geral, os sintomas do transtorno são mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, eles podem não ficar tão evidentes no exame clínico.

Os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem ocorrer em alguma medida entre indivíduos sem esse transtorno. Há várias considerações importantes para determinar se os comportamentos são sintomáticos do transtorno de oposição desafiante. Em primeiro lugar, o limiar diagnóstico de quatro sintomas ou mais durante os seis meses precedentes deve ser atingido. Em segundo lugar, a persistência e a frequência dos sintomas deverão exceder os níveis considerados normais para a idade, o gênero e a cultura do indivíduo. Por exemplo, não é incomum que crianças pré-escolares apresentem ataques de raiva semanalmente. Explosões de raiva para uma criança pré-escolar seriam consideradas sintomas do transtorno de oposição desafiante somente se tivessem ocorrido na maioria dos dias nos seis meses precedentes, se tivessem ocorrido com pelo menos três outros sintomas do transtorno e se as explosões de raiva tivessem contribuído para o prejuízo significativo associado ao transtorno (p. ex., levassem à destruição de propriedade durante as explosões, resultassem na expulsão da criança da pré-escola).

Com frequência, os sintomas do transtorno fazem parte de um padrão de interações problemáticas com outras pessoas. Além disso, geralmente indivíduos com esse transtorno não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, costumam justificar seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias despropositadas. Consequentemente, pode ser difícil estabelecer a contribuição relativa do indivíduo com o transtorno para as interações problemáticas que ele vivencia. Por exemplo, crianças com transtorno de oposição desafiante podem ter vivenciado uma história de cuidados parentais hostis, e, com frequência, é impossível determinar se seu comportamento fez os pais agirem de uma maneira mais hostil em relação a elas, se a hostilidade dos pais levou ao comportamento problemático da criança ou se houve uma combinação de ambas as situações. A possibilidade de o clínico separar as contribuições relativas dos potenciais fatores causais não deve influenciar o estabelecimento ou não

do diagnóstico. Nas situações em que a criança estiver vivendo em condições particularmente precárias, em que poderão ocorrer negligência ou maus-tratos (p. ex., em instituições), a atenção clínica para diminuir a influência do ambiente pode ser útil.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Em crianças e adolescentes, o transtorno de oposição desafiante é mais prevalente em famílias nas quais o cuidado da criança é perturbado por uma sucessão de cuidadores diferentes ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos. Duas das condições que mais costumam ocorrer de forma concomitante com o transtorno de oposição desafiante são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno da conduta (ver a seção "Comorbidade" para esse transtorno). O transtorno de oposição desafiante foi associado a um risco aumentado para tentativas de suicídio, mesmo depois do controle para transtornos comórbidos.

Prevalência

A prevalência do transtorno de oposição desafiante varia de 1 a 11%, com uma prevalência média estimada de 3,3%. A taxa da transtorno pode variar de acordo com a idade e o gênero da criança. Aparentemente, é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino do que em indivíduos do sexo feminino (1,4:1) antes da adolescência. Essa predominância do sexo masculino não é encontrada de forma consistente em amostras de adolescentes ou de adultos.

Desenvolvimento e Curso

Geralmente, os primeiros sintomas do transtorno de oposição desafiante surgem durante os anos de pré-escola e, raramente, mais tarde, após o início da adolescência. Com frequência, o transtorno de oposição desafiante precede o desenvolvimento do transtorno da conduta, sobretudo em indivíduos com transtorno da conduta com início na infância. No entanto, muitas crianças e adolescentes com transtorno de oposição desafiante não desenvolvem subsequentemente o transtorno da conduta. O transtorno de oposição desafiante também confere risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, mesmo na ausência do transtorno da conduta. Os sintomas desafiantes, questionadores e vingativos respondem pela maior parte do risco para transtorno da conduta, enquanto os sintomas de humor raivoso/irritável respondem pela maior parte do risco para transtornos emocionais.

As manifestações do transtorno parecem ser consistentes ao longo do desenvolvimento. Crianças e adolescentes com transtorno de oposição desafiante estão sob risco aumentado para uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão.

A frequência de muitos dos comportamentos associados ao transtorno de oposição desafiante aumenta no período pré-escolar e na adolescência. Portanto, durante esses períodos de desenvolvimento é especialmente importante que a frequência e a intensidade desses comportamentos sejam avaliadas em relação aos níveis considerados normais antes de decidir que se trata de sintomas do transtorno de oposição desafiante.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Fatores temperamentais relacionados a problemas de regulação emocional (p. ex., níveis elevados de reatividade emocional, baixa tolerância a frustrações) são preditivos do transtorno.

Ambientais. Práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos são comuns em famílias de crianças e adolescentes com transtorno de oposição desafiante, sendo que essas práticas parentais desempenham papel importante em muitas teorias causais do transtorno.

Genéticos e fisiológicos. Uma série de marcadores neurobiológicos (p. ex., menor reatividade da frequência cardíaca e da condutância da pele; reatividade do cortisol basal reduzida; anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala) foi associada ao transtorno de oposição desafiante. Entretanto, a vasta maioria dos estudos não separou crianças com o transtorno de oposição desafiante daquelas com transtorno da conduta. Desse modo, não está claro se existem marcadores específicos para o transtorno de oposição desafiante.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A prevalência desse transtorno em crianças e adolescentes é relativamente consistente entre países que diferem em raça e etnia.

Questões Funcionais do Transtorno de Oposição Desafiante

Quando o transtorno de oposição desafiante é persistente ao longo do desenvolvimento, os indivíduos com o transtorno vivenciam conflitos frequentes com pais, professores, supervisores, pares e parceiros românticos. Com frequência, tais problemas resultam em prejuízos significativos no ajustamento emocional, social, acadêmico e profissional do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno da conduta. Tanto o transtorno da conduta quanto o transtorno de oposição desafiante estão relacionados a problemas de conduta que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (p. ex., professores, supervisores de trabalho). Geralmente, os comportamentos do transtorno de oposição desafiante são de natureza menos grave do que aqueles relacionados ao transtorno da conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou de falsidade. Além disso, o transtorno de oposição desafiante inclui problemas de desregulação emocional (i.e., humor raivoso e irritável) que não estão inclusos na definição de transtorno da conduta.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Com frequência, o TDAH é comórbido com o transtorno de oposição desafiante. Para fazer um diagnóstico adicional de transtorno de oposição desafiante é importante determinar que a falha do indivíduo em obedecer às solicitações de outros não ocorre somente em situações que demandam esforço e atenção sustentados ou que exigem que o indivíduo permaneça quieto.

Transtornos depressivo e bipolar. Com frequência, os transtornos depressivo e bipolar envolvem irritabilidade e afeto negativo. Como resultado, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante não deverá ser feito se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de um transtorno do humor.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno de oposição desafiante compartilha com o transtorno disruptivo da desregulação do humor os sintomas de humor negativo crônico e explosões de raiva. Entretanto, a gravidade, a frequência e a cronicidade das explosões de raiva são mais graves em indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor do que naqueles com transtorno de oposição desafiante. Consequentemente, apenas uma minoria de crianças e de adolescentes cujos sintomas preenchem os critérios de transtorno de oposição desafiante seria também diagnosticada com o transtorno disruptivo da desregulação do humor. Nos casos em que a perturbação do humor for suficientemente grave para preencher os critérios de transtorno disruptivo da desregulação do humor, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante não é feito, mesmo que todos os critérios para essa condição tenham sido preenchidos.

Transtorno explosivo intermitente. O transtorno explosivo intermitente também envolve altas taxas de raiva. No entanto, indivíduos com esse transtorno apresentam agressão grave dirigida a outros, o que não faz parte da definição de transtorno de oposição desafiante.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual). Em indivíduos com deficiência intelectual, um diagnóstico de transtorno de oposição desafiante é feito somente se o

comportamento opositor for acentuadamente maior do que aquele que em geral se observa entre indivíduos com idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual.

Transtorno da linguagem. O transtorno de oposição desafiante deve também ser diferenciado da incapacidade para seguir orientações resultante de uma alteração na compreensão da linguagem (p. ex., perda auditiva).

Transtorno de ansiedade social (fobia social). O transtorno de oposição desafiante também deve ser diferenciado da recusa decorrente do medo de uma avaliação negativa associada com o transtorno de ansiedade social.

Comorbidade

As taxas do transtorno de oposição desafiante são muito mais altas em amostras de crianças, adolescentes e adultos com TDAH, sendo que isso pode ser o resultado de fatores de risco temperamentais compartilhados. Além disso, o transtorno de oposição desafiante com frequência precede o transtorno da conduta, embora isso pareça ser mais comum em crianças com o subtipo com início na infância. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante também têm risco aumentado de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, e isso parece ser, em grande medida, atribuível à presença de sintomas de humor raivoso/irritável. Adolescentes e adultos com o transtorno de oposição desafiante também apresentam taxas mais altas de transtornos por uso de substâncias, embora não esteja claro se essa associação é independente da comorbidade com transtorno da conduta.

Transtorno Explosivo Intermitente

Critérios Diagnósticos **312.34 (F63.81)**

A. Explosões comportamentais recorrentes representando uma falha em controlar impulsos agressivos, conforme manifestado por um dos seguintes aspectos:
   1. Agressão verbal (p. ex., acessos de raiva, injúrias, discussões ou agressões verbais) ou agressão física dirigida a propriedade, animais ou outros indivíduos, ocorrendo em uma média de duas vezes por semana, durante um período de três meses. A agressão física não resulta em danos ou destruição de propriedade nem em lesões físicas em animais ou em outros indivíduos.
   2. Três explosões comportamentais envolvendo danos ou destruição de propriedade e/ou agressão física envolvendo lesões físicas contra animais ou outros indivíduos ocorrendo dentro de um período de 12 meses.
B. A magnitude da agressividade expressa durante as explosões recorrentes é grosseiramente desproporcional em relação à provocação ou a quaisquer estressores psicossociais precipitantes.
C. As explosões de agressividade recorrentes não são premeditadas (i.e., são impulsivas e/ou decorrentes de raiva) e não têm por finalidade atingir algum objetivo tangível (p. ex., dinheiro, poder, intimidação).
D. As explosões de agressividade recorrentes causam sofrimento acentuado ao indivíduo ou prejuízo no funcionamento profissional ou interpessoal ou estão associadas a consequências financeiras ou legais.
E. A idade cronológica é de pelo menos 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
F. As explosões de agressividade recorrentes não são mais bem explicadas por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno disruptivo da desregulação do humor, um transtorno psicótico, transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade *borderline*) e não são atribuíveis a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer) ou aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento). No caso de crianças com idade entre 6 e 18 anos, o comportamento agressivo que ocorre como parte do transtorno de adaptação não deve ser considerado para esse diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico pode ser feito em adição ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante ou transtorno do espectro

autista nos casos em que as explosões de agressividade impulsiva recorrentes excederem aquelas normalmente observadas nesses transtornos e justificarem atenção clínica independente.

Características Diagnósticas

As explosões de agressividade impulsivas (ou decorrentes de raiva) no transtorno explosivo intermitente têm início rápido e, geralmente, pouco ou nenhum período prodrômico. Em geral, as explosões duram menos de 30 minutos e costumam ocorrer em resposta a uma provocação mínima por um amigo íntimo ou um colega. Com frequência, indivíduos com transtorno explosivo intermitente apresentam episódios menos graves de violência verbal e/ou física que não causa dano, destruição ou lesões (Critério A1) em meio a episódios mais graves, destrutivos/violentos (Critério A2). O Critério A1 define explosões de agressividade frequentes (i.e., duas vezes por semana em média, por um período de três meses) que se caracterizam por acessos de raiva, injúrias, discussões verbais ou brigas ou violência sem causar danos a objetos ou lesões em animais ou em outros indivíduos. O Critério A2 define explosões de agressividade impulsivas infrequentes (i.e., três no período de um ano) que se caracterizam por causar danos materiais ou destruir um objeto, seja qual for seu valor tangível, ou por violência/ataque ou outra lesão física em um animal ou outro indivíduo. Independentemente da natureza da explosão de agressividade impulsiva, a característica básica do transtorno explosivo intermitente é a incapacidade de controlar comportamentos agressivos impulsivos em resposta a provocações vivenciadas subjetivamente (i.e., estressores psicossociais) que em geral não resultariam em explosões agressivas (Critério B). De maneira geral, as explosões de agressividade são impulsivas e/ou decorrentes de raiva, em vez de serem premeditadas ou instrumentais (Critério C) e estão associadas a sofrimento significativo ou a prejuízos na função psicossocial (Critério D). Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito em indivíduos com idade inferior a 6 anos ou nível equivalente de desenvolvimento (Critério E) ou naqueles cujas explosões de agressividade forem mais bem explicadas por outro transtorno mental (Critério F). Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito em indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor ou naqueles cujas explosões de agressividade impulsivas forem atribuíveis a outra condição médica ou a efeitos fisiológicos de uma substância (Critério F). Além disso, crianças com idade entre 6 e 18 anos não devem receber esse diagnóstico em situações nais quais as explosões de agressividade impulsivas ocorrerem no contexto de um transtorno de adaptação (Critério F).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os transtornos do humor (unipolar), de ansiedade e por uso de substâncias estão associados ao transtorno explosivo intermitente, embora, normalmente, o início desses transtornos ocorra mais tarde do que o transtorno explosivo intermitente.

Prevalência

A prevalência em um ano de transtorno explosivo intermitente nos Estados Unidos é de 2,7% (definição estrita). É mais prevalente entre indivíduos mais jovens (p. ex., idade inferior a 35 a 40 anos), em comparação com mais velhos (acima de 50 anos), e em pessoas com nível de educação médio ou inferior.

Desenvolvimento e Curso

O início de comportamentos agressivos impulsivos problemáticos recorrentes é mais comum na fase final da infância ou na adolescência e raramente inicia depois dos 40 anos de idade. Geralmente, as características centrais do transtorno explosivo intermitente são persistentes e continuam por muitos anos.

O curso do transtorno pode ser episódico, com períodos recorrentes de explosões de agressividade impulsivas. O transtorno aparentemente segue um curso crônico e persistente ao longo de muitos anos e parece ser relativamente comum independentemente da presença ou ausência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta (p. ex., transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante).

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Indivíduos com história de trauma físico e emocional durante as primeiras duas décadas de vida estão em risco aumentado para transtorno explosivo intermitente.

Genéticos e fisiológicos. Parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno explosivo intermitente estão em risco aumentado para esse transtorno, sendo que estudos de gêmeos demonstraram uma influência genética substancial para agressão impulsiva.

Pesquisas dão suporte neurobiológico para a presença de anormalidades serotonérgicas, em termos globais e no cérebro, especificamente em áreas do sistema límbico (cingulado anterior) e do córtex orbitofrontal em indivíduos com transtorno explosivo intermitente. Em exames de ressonância magnética funcional, as respostas da amígdala a estímulos de raiva são mais intensas em indivíduos com transtorno explosivo intermitente em comparação com indivíduos saudáveis.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A prevalência mais baixa do transtorno explosivo intermitente em algumas regiões (Ásia, Oriente Médio) ou países (Romênia, Nigéria), em comparação com os Estados Unidos, sugere que informações sobre comportamentos agressivos impulsivos, recorrentes e problemáticos ou não surgem quando questionadas, ou têm menor probabilidade de estarem presentes devido a fatores culturais.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Em alguns estudos, a prevalência do transtorno explosivo intermitente é maior no sexo masculino do que no feminino (razão de chances = 1,4-2,3); outros estudos não encontraram nenhuma diferença de gênero.

Consequências Funcionais do Transtorno Explosivo Intermitente

Problemas sociais (p. ex., perda de amigos ou parentes, instabilidade conjugal), profissionais (p. ex., rebaixamento de posto, perda de emprego), financeiros (p. ex., causados pelo valor de objetos destruídos) e legais (p. ex., ações civis resultantes de comportamentos agressivos contra pessoas ou propriedades; ações criminais por violência) frequentemente ocorrem como resultado do transtorno explosivo intermitente.

Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito nos casos em que os Critérios A1 e/ou A2 forem preenchidos somente durante um episódio de outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno psicótico) ou quando as explosões de agressividade impulsivas forem atribuíveis a outra condição médica ou aos efeitos fisiológicos de uma substância ou medicamento. Esse diagnóstico também não poderá ser feito, principalmente em crianças e adolescentes com 6 a 18 anos, quando as explosões de agressividade impulsivas ocorrerem no contexto de um transtorno de adaptação. Outros exemplos nos quais explosões de agressividade impulsivas, recorrentes e problemáticas podem (ou não) ser diagnosticadas como transtorno explosivo intermitente incluem os apresentados a seguir.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. Em contraste com o transtorno explosivo intermitente, o transtorno disruptivo da desregulação do humor caracteriza-se por um estado de humor persistentemente negativo (i.e., irritabilidade, raiva) na maior parte do dia, quase todos os dias, entre explosões de agressividade impulsivas. O diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor somente poderá ser feito nas situações em que o início das explosões de agressividade impulsivas, recorrentes e problemáticas ocorrer antes dos 10 anos de idade. Por fim, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deverá ser feito pela primeira vez após os 18 anos de idade. Além disso, esses diagnósticos são mutuamente exclusivos.

Transtorno da personalidade antissocial ou transtorno da personalidade *borderline*. Com frequência, indivíduos com transtorno da personalidade antissocial ou *borderline* apresentam ataques de agressividade impulsivos, recorrentes e problemáticos. Entretanto, os níveis de agressividade impulsiva nessas pessoas são inferiores aos daquelas com transtorno explosivo intermitente.

***Delirium*, transtorno neurocognitivo maior e mudança de personalidade causada por outra condição médica, tipo agressiva.** O diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito nas situações em que se julgar que as explosões de agressividade são resultado dos efeitos fisiológicos de alguma outra condição médica diagnosticável (p. ex., traumatismo encefálico associado a uma mudança na personalidade caracterizada por explosões de agressividade; epilepsia parcial complexa). Anormalidades inespecíficas encontradas no exame neurológico (p. ex., "sinais leves") e alterações eletrencefalográficas inespecíficas são compatíveis com o diagnóstico de transtorno explosivo intermitente, a menos que exista alguma condição médica diagnosticável que explique melhor as explosões de agressividade impulsivas.

Intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. O diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito nas situações em que as explosões de agressividade impulsivas estiverem quase sempre associadas a intoxicação ou abstinência de substâncias (p. ex., álcool, fenciclidina, cocaína e outros estimulantes, barbitúricos, inalantes). No entanto, quando um número suficiente de explosões de agressividade impulsivas também ocorrer na ausência de intoxicação ou abstinência de substâncias, e essas situações justificarem atenção clínica independente, um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente pode ser feito.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante ou transtorno do espectro autista. Indivíduos com qualquer um desses transtornos com início na infância podem ter explosões de agressividade impulsivas. Em geral, os indivíduos com TDAH são impulsivos e, como resultado, poderão ter também explosões de agressividade impulsivas. Embora pessoas com transtorno da conduta possam ter explosões de agressividade impulsivas, a forma de agressividade caracterizada pelos critérios diagnósticos é proativa e predatória. A agressividade no transtorno de oposição desafiante caracteriza-se principalmente por ataques de raiva e questionamentos verbais com figuras de autoridade, enquanto as explosões de agressividade impulsivas no transtorno explosivo intermitente são respostas a um amplo grupo de provocações e incluem violência física. O nível de agressividade impulsiva em indivíduos com história de um ou mais de um desses transtornos foi considerado inferior em comparação àqueles cujos sintomas também preenchem os Critérios A a E do transtorno explosivo intermitente. Da mesma forma, se os Critérios A a E também forem preenchidos, e as explosões de agressividade impulsivas justificarem atenção clínica independente, pode-se fazer um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente.

Comorbidade

Transtornos depressivos, de ansiedade e por uso de substâncias são frequentemente comórbidos com o transtorno explosivo intermitente. Além disso, indivíduos com transtorno da personalidade antissocial ou *borderline*, assim como aqueles com história de transtornos com comportamentos disruptivos (p. ex., TDAH, transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante), apresentam um risco aumentado para transtorno explosivo intermitente comórbido.

Transtorno da Conduta

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade, tal como manifestado pela presença de ao menos três dos 15 critérios seguintes, nos últimos 12 meses, de qualquer uma das categorias adiante, com ao menos um critério presente nos últimos seis meses:

Agressão a Pessoas e Animais

1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.
3. Usou alguma arma que pode causar danos físicos graves a outros (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo).
4. Foi fisicamente cruel com pessoas.
5. Foi fisicamente cruel com animais.
6. Roubou durante o confronto com uma vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada).
7. Forçou alguém a atividade sexual.

Destruição de Propriedade

8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves.
9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).

Falsidade ou Furto

10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.
11. Frequentemente mente para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações (i.e., "trapaceia").
12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima (p. ex., furto em lojas, mas sem invadir ou forçar a entrada; falsificação).

Violações Graves de Regras

13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.
14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.
15. Com frequência falta às aulas, com início antes dos 13 anos de idade.

B. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, os critérios para transtorno da personalidade antissocial não são preenchidos.

Determinar o subtipo:

312.81 (F91.1) Tipo com início na infância: Os indivíduos apresentam pelo menos um sintoma característico de transtorno da conduta antes dos 10 anos de idade.

312.82 (F91.2) Tipo com início na adolescência: Os indivíduos não apresentam nenhum sintoma característico de transtorno da conduta antes dos 10 anos de idade.

312.89 (F91.9) Início não especificado: Os critérios para o diagnóstico de transtorno da conduta são preenchidos, porém não há informações suficientes disponíveis para determinar se o início do primeiro sintoma ocorreu antes ou depois dos 10 anos.

Especificar se:

Com emoções pró-sociais limitadas: Para qualificar-se para este especificador, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos duas das seguintes características de forma persistente durante, no mínimo, 12 meses e em múltiplos relacionamentos e ambientes. Essas características refletem o padrão típico de funcionamento interpessoal e emocional do indivíduo ao longo desse período, e

não apenas ocorrências ocasionais em algumas situações. Consequentemente, para avaliar os critérios para o especificador, são necessárias várias fontes de informação. Além do autorrelato, é necessário considerar relatos de outras pessoas que conviveram com o indivíduo por longos períodos de tempo (p. ex., pais, professores, colegas de trabalho, membros da família estendida, pares).

Ausência de remorso ou culpa: O indivíduo não se sente mal ou culpado quando faz alguma coisa errada (excluindo o remorso expresso somente nas situações em que for pego e/ou ao enfrentar alguma punição). O indivíduo demonstra falta geral de preocupação quanto às consequências negativas de suas ações. Por exemplo, não sente remorso depois de machucar alguém ou não se preocupa com as consequências de violar regras.

Insensível – falta de empatia: Ignora e não está preocupado com os sentimentos de outras pessoas. O indivíduo é descrito como frio e desinteressado; parece estar mais preocupado com os efeitos de suas ações sobre si mesmo do que sobre outras pessoas, mesmo que essas ações causem danos substanciais.

Despreocupado com o desempenho: Não demonstra preocupação com o desempenho fraco e problemático na escola, no trabalho ou em outras atividades importantes. Não se esforça o necessário para um bom desempenho, mesmo quando as expectativas são claras, e geralmente culpa os outros por seu mau desempenho.

Afeto superficial ou deficiente: Não expressa sentimentos nem demonstra emoções para os outros, a não ser de uma maneira que parece superficial, insincera ou rasa (p. ex., as ações contradizem a emoção demonstrada; pode "ligar" ou "desligar" emoções rapidamente) ou quando as expressões emocionais são usadas para obter algum ganho (p. ex., emoções com a finalidade de manipular ou intimidar outras pessoas).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos, se algum, problemas de conduta estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e estes causam danos relativamente pequenos a outros (p. ex., mentir, faltar aula, permanecer fora à noite sem autorização, outras violações de regras).

Moderada: O número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros estão entre aqueles especificados como "leves" e "graves" (p. ex., furtar sem confrontar a vítima, vandalismo).

Grave: Muitos problemas de conduta, além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, estão presentes, ou os problemas de conduta causam danos consideráveis a outros (p. ex., sexo forçado, crueldade física, uso de armas, roubo com confronto à vítima, arrombamento e invasão).

Subtipos

Existem três subtipos de transtorno da conduta que se baseiam na idade de início do transtorno. O início poderá ser estimado com mais precisão a partir de informações fornecidas tanto pelo jovem quanto pelo cuidador; frequentemente essa estimativa tem uma discrepância de dois anos para mais em relação ao início real. Os dois subtipos podem ocorrer nas formas leve, moderada ou grave. Um subtipo de início não especificado é atribuído nas situações em que não há informações suficientes para determinar a idade de início.

Geralmente, no transtorno da conduta com início na infância, os indivíduos são do sexo masculino, costumam apresentar agressão física contra outras pessoas, têm relacionamentos conturbados com pares, podem ter tido transtorno de oposição desafiante precocemente na infância e normalmente têm sintomas que preenchem critérios para transtorno da conduta antes da puberdade. Muitas crianças com esse subtipo têm também transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou outras dificuldades do neurodesenvolvimento concomitantes. Indivíduos com o tipo com início na infância são mais propensos a ter o transtorno da conduta persistente na vida adulta do que aqueles com o tipo com início na adolescência. Em comparação a indivíduos com o tipo com início na infância, os com transtorno da conduta com início na adolescência são menos propensos a apresentar comportamentos agressivos e tendem a ter relações mais habituais com seus pares (embora, com frequência, apresentem problemas de conduta na companhia de outras pessoas). Esses indivíduos são menos propensos a ter o transtorno da conduta persistindo na vida adulta. A proporção masculino/feminino com o transtorno é mais equilibrada para o tipo com início na adolescência do que para o tipo com início na infância.

Especificadores

A minoria dos indivíduos com transtorno da conduta apresenta características necessárias para o especificador "com emoções pró-sociais limitadas". Os indicadores desse especificador são aqueles que muitas vezes foram chamados de traços insensíveis e desprovidos de emoção em pesquisas. Outras características de personalidade, tais como busca de emoções fortes, audácia e insensibilidade a punições, também podem distinguir aqueles com as características descritas no especificador. Indivíduos com características descritas no especificador podem ser mais propensos do que outros com transtorno da conduta a se envolver em agressões planejadas para obter ganhos. Indivíduos com qualquer subtipo do transtorno da conduta ou em qualquer nível de gravidade podem apresentar características que os qualificam para o especificador "com emoções pró-sociais limitadas", embora os com o especificador sejam mais propensos a ter o tipo com início na infância e um especificador de gravidade classificado como grave.

Embora a validade do autorrelato para avaliar a presença do especificador tenha sido confirmada em alguns contextos de pesquisa, os indivíduos com transtorno da conduta com esse especificador talvez não admitam prontamente que tenham tais traços quando questionados em uma entrevista clínica. Consequentemente, são necessárias informações de várias fontes para avaliar os critérios para o especificador. Além do mais, considerando que os indicadores do especificador são características que refletem o padrão típico de funcionamento interpessoal e emocional dos indivíduos, é importante levar em conta relatos feitos por outras pessoas que conheceram o indivíduo por longos períodos de tempo e em diferentes relacionamentos e ambientes (p. ex., pais, professores, colegas de trabalho, membros da família estendida, pares).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da conduta é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade (Critério A). Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais: conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais (Critérios A1 a A7); conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade (Critérios A8 a A9); falsidade ou furto (Critérios A10 a A12); e violações graves de regras (Critérios A13 a A15). Três ou mais comportamentos típicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos seis meses. A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional (Critério B). Em geral, o padrão de comportamento está presente em vários ambientes, tais como casa, escola ou comunidade. Como os indivíduos com transtorno da conduta têm uma propensão a minimizar seus problemas comportamentais, o clínico frequentemente deverá se basear em informantes adicionais. Entretanto, o conhecimento dos informantes acerca dos problemas de conduta do indivíduo poderá ser limitado se a supervisão for inadequada ou se o indivíduo ocultou comportamentos sintomáticos.

Indivíduos com o transtorno em geral iniciam comportamentos agressivos e reagem agressivamente a outras pessoas. Podem fazer provocações, ameaças ou assumir comportamento intimidador (incluindo *bullying* via mensagens nas redes sociais por meio da internet) (Critério A1); com frequência iniciar brigas físicas (Critério A2); utilizar armas que podem causar danos físicos graves (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo) (Critério A3); ser fisicamente cruéis com pessoas (Critério A4) ou animais (Critério A5); roubar com confronto à vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada) (Critério A6); ou forçar alguém a atividade sexual (Critério A7). A violência física pode assumir a forma de estupro, violência ou, em casos raros, homicídio. A destruição deliberada de propriedade de outras pessoas inclui provocação deliberada de incêndios com a intenção de causar danos graves (Critério A8) ou destruição deliberada da propriedade de outras pessoas de outras maneiras (p. ex., quebrar vidros de carros, vandalizar propriedade escolar) (Critério A9). Atos de falsidade ou furtos podem incluir invadir casas, edifícios ou carros de outras pessoas (Critério A10); frequentemente mentir ou quebrar promessas para obter bens ou favores ou evitar dívidas ou obrigações (p. ex., "trapacear") (Critério A11); ou furtar itens de valor considerável sem confrontar a vítima (p. ex., furtos em lojas, falsificação, fraude) (Critério A12).

Indivíduos com transtorno da conduta também podem frequentemente cometer violações graves a normas (p. ex., na escola, em casa, no trabalho). Crianças com o transtorno costumam apresentar um padrão, iniciado antes dos 13 anos de idade, de ficar fora até tarde da noite, a despeito da proibição dos pais (Critério A13). As crianças podem apresentar também um padrão de fugir de casa, passando a noite fora (Critério A14). Para ser considerada um sintoma de transtorno da conduta, a fuga de casa deve ocorrer pelo menos duas vezes (ou apenas uma vez se o indivíduo não retornar por um longo período de tempo). Episódios de fugas de casa que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual geralmente não se qualificam para esse critério. Crianças com transtorno da conduta frequentemente faltam às aulas, comportamento que se inicia antes dos 13 anos (Critério A15).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Sobretudo em situações ambíguas, indivíduos agressivos com transtorno da conduta costumam inadequadamente perceber as intenções dos outros como mais hostis e ameaçadoras do que realmente são e responder com uma agressividade que julgam ser razoável e justificada. Características de personalidade que incluem traços de afetividade negativa e baixo autocontrole, incluindo baixa tolerância a frustrações, irritabilidade, explosões de raiva, desconfiança, insensibilidade a punições, busca de emoções fortes e imprudência frequentemente ocorrem de forma concomitante com o transtorno da conduta. Uso problemático de substâncias com frequência é uma característica associada, sobretudo em adolescentes do sexo feminino. Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios cometidos ocorrem a uma taxa mais elevada do que o esperado em indivíduos com transtorno da conduta.

Prevalência

As estimativas de prevalência na população em um ano variam de 2 a mais de 10%, com mediana de 4%. A prevalência do transtorno da conduta parece ser bastante consistente em vários países com raça e etnia diferentes. As taxas de prevalência aumentam da infância para a adolescência e são mais elevadas no sexo masculino do que no feminino. Poucas crianças que apresentam um transtorno da conduta que causa prejuízo recebem tratamento.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno da conduta pode ocorrer no começo dos anos pré-escolares, embora os primeiros sintomas significativos costumem aparecer durante o período que vai desde a fase intermediária da infância até a fase intermediária da adolescência. O transtorno de oposição desafiante é um precursor comum do transtorno da conduta do tipo com início na infância. O transtorno da conduta pode ser diagnosticado em adultos, embora os sintomas geralmente surjam na infância ou na adolescência, sendo raro o início depois dos 16 anos. O curso do transtorno é variável. Na grande maioria das pessoas, há remissão na vida adulta. Muitas – em particular aquelas tipo com início na adolescência e as com sintomas reduzidos e mais leves – conseguem atingir um ajuste social e profissional quando adultas. No entanto, o tipo com início precoce é um preditor de pior prognóstico e de risco aumentado para comportamento criminal, transtorno da conduta e transtornos relacionados ao uso de substâncias na vida adulta. Indivíduos com o transtorno da conduta estão em risco de apresentar transtornos do humor, de ansiedade, de estresse pós-traumático, do controle de impulsos, psicóticos, transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados ao uso de substâncias quando adultos.

Os sintomas do transtorno variam de acordo com a idade à medida que o indivíduo desenvolve força física, capacidades cognitivas e maturidade sexual. Os primeiros comportamentos sintomáticos tendem a ser menos graves (p. ex., mentiras, furtos em lojas), ao passo que os problemas de conduta que surgem posteriormente tendem a ser mais graves (p. ex., estupro, roubo confrontando a vítima). Entretanto, há diferenças acentuadas entre os indivíduos, com alguns se envolvendo em comportamentos mais danosos em idades mais precoces (o que prediz pior prognóstico). No

momento em que as pessoas com o transtorno da conduta atingem a vida adulta, os sintomas de agressão, destruição de propriedades, falsidade e violação de regras, incluindo violência contra colegas de trabalho, parceiros e crianças, poderão surgir no local de trabalho e em casa, de forma que a presença de um transtorno da personalidade antissocial pode ser considerada.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores de risco temperamentais incluem temperamento infantil de difícil controle e inteligência abaixo da média, principalmente no que diz respeito ao QI verbal.

Ambientais. Os fatores de risco familiares incluem rejeição e negligência parental, prática inconsistente para criar os filhos, disciplina agressiva, abuso físico ou sexual, falta de supervisão, institucionalização precoce, mudanças frequentes de cuidadores, família excessivamente grande, criminalidade parental e determinados tipos de psicopatologia familiar (p. ex., transtornos relacionados ao uso de substâncias). Os fatores de risco em nível comunitário incluem rejeição pelos pares, associação com grupos de pares delinquentes e exposição a violência na vizinhança. Ambos os tipos de fatores de risco tendem a ser mais comuns e graves em indivíduos com transtorno da conduta do subtipo com início na infância.

Genéticos e fisiológicos. O transtorno da conduta sofre influências de fatores genéticos e ambientais. O risco é maior em crianças com pais biológicos ou adotivos ou irmãos com esse transtorno. Ele também parece ser mais comum em crianças com pais biológicos com transtorno por uso de álcool grave, transtornos depressivo e bipolar ou esquizofrenia ou com pais biológicos com história de TDAH ou transtorno da conduta. Uma história familiar caracteriza especialmente os indivíduos com transtorno da conduta do subtipo com início na infância. Frequências cardíacas mais lentas no repouso foram consistentemente observadas em indivíduos com o transtorno, na comparação com pessoas saudáveis, sendo que esse marcador não é característico de nenhum outro transtorno mental. Redução no condicionamento autonômico do medo, em particular baixa condutância da pele, também está bem documentada. No entanto, esses achados psicofisiológicos não são diagnósticos do transtorno. Diferenças estruturais e funcionais em regiões do cérebro associadas à regulação e ao processamento do afeto, em particular conexões frontotêmporo-límbicas envolvendo o córtex pré-frontal ventral e a amígdala, foram observadas de forma consistente em indivíduos com transtorno da conduta na comparação com pessoas saudáveis. Os achados de neuroimagem, entretanto, não são diagnósticos do transtorno.

Modificadores do curso. A persistência é mais provável em indivíduos com comportamentos que preenchem os critérios para o subtipo com início na infância e para o especificador "com emoções pró-sociais limitadas". O risco de persistência do transtorno da conduta também aumenta com a comorbidade com o TDAH e com o abuso de substâncias.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O diagnóstico de transtorno da conduta pode ser incorretamente aplicado a indivíduos que vivem em ambientes nos quais os padrões de comportamento disruptivo são considerados quase normais (p. ex., em áreas de crime altamente ameaçadoras ou em zonas de guerra). Portanto, o contexto em que os comportamentos indesejáveis ocorreram deve ser levado em consideração.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino com o diagnóstico de transtorno da conduta frequentemente apresentam brigas, roubo, vandalismo e problemas de disciplina escolar. Pessoas do sexo feminino com o diagnóstico do transtorno são mais propensas a exibir comportamentos como mentir, faltar aulas, fugir de casa, usar substâncias e se prostituir. Enquanto no sexo masculino há uma tendência a demonstrar agressão física e relacional (comportamentos que prejudicam os relacionamentos sociais de outras pessoas), no sexo feminino há uma tendência a demonstrar relativamente mais agressão relacional.

Consequências Funcionais do Transtorno da Conduta

Os comportamentos do transtorno da conduta podem provocar suspensão ou expulsão da escola, problemas de adaptação no trabalho, problemas legais, doenças sexualmente transmissíveis, gestação não planejada e lesões físicas causadas por acidentes ou brigas. Esses problemas poderão impedir o indivíduo de frequentar escolas regulares ou viver na casa de pais biológicos ou adotivos. Com frequência, o transtorno da conduta está associado a início precoce do comportamento sexual, consumo de álcool, tabagismo, uso de substâncias ilícitas e atos imprudentes e arriscados. As taxas de acidentes parecem ser maiores entre indivíduos com o transtorno em comparação com pessoas saudáveis. Essas consequências funcionais do transtorno da conduta são preditoras de problemas de saúde quando o indivíduo atinge a meia-idade. Não é raro que as pessoas com o transtorno defrontem-se com o sistema jurídico criminal em decorrência do envolvimento em comportamentos ilegais. O transtorno da conduta é um motivo comum para encaminhamento para tratamento e com frequência é diagnosticado em instituições de saúde mental para crianças, em especial na prática forense. Esse tipo de transtorno está associado a prejuízo mais grave e crônico do que aquele vivenciado por outras crianças referidas para tratamento.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de oposição desafiante. O transtorno da conduta e o transtorno de oposição desafiante estão relacionados a sintomas que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (p. ex., pais, professores, supervisores de trabalho). Geralmente, os comportamentos do transtorno de oposição desafiante são de natureza menos grave do que aqueles de indivíduos com transtorno da conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de furto ou falsidade. Além disso, o transtorno de oposição desafiante inclui problemas de desregulação emocional (i.e., humor raivoso e irritável) que não estão inclusos na definição de transtorno da conduta. Ambos os diagnósticos poderão ser feitos caso sejam preenchidos critérios tanto para transtorno de oposição desafiante quanto para transtorno da conduta.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Embora as crianças com TDAH com frequência apresentem comportamento hiperativo e impulsivo que pode ser disruptivo, esse comportamento por si só não viola normas sociais ou os direitos de outras pessoas e, portanto, em geral não preenche critérios para transtorno da conduta. Ambos os diagnósticos poderão ser feitos nas situações em que forem preenchidos os critérios tanto para TDAH quanto para transtorno da conduta.

Transtornos depressivo e bipolar. Problemas de irritabilidade, agressividade e de conduta podem ocorrer em crianças ou adolescentes com transtorno depressivo maior, bipolar ou disruptivo da desregulação do humor. Em geral, os problemas comportamentais associados a esses transtornos do humor podem ser distinguidos, com base em seu curso, do padrão dos problemas de conduta observado no transtorno da conduta. Especificamente, pessoas com esse diagnóstico irão apresentar níveis substanciais de problemas de conduta agressivos ou não agressivos durante períodos em que não houver nenhuma perturbação do humor, seja previamente (i.e., história de problemas de conduta com início anterior à perturbação do humor), seja concomitantemente (i.e., apresentação de alguns problemas de conduta premeditados e que não ocorrem durante períodos de excitação emocional intensa). É possível fazer ambos os diagnósticos nos casos em que forem preenchidos critérios para transtorno da conduta e para transtorno do humor.

Transtorno explosivo intermitente. Tanto o transtorno da conduta quanto o transtorno explosivo intermitente envolvem altas taxas de agressividade. No entanto, a agressividade em indivíduos com o transtorno explosivo intermitente limita-se à agressão impulsiva que não é premeditada e não busca atingir algum objetivo tangível (p. ex., dinheiro, poder, intimidação). Além disso, a definição de transtorno explosivo intermitente não inclui os sintomas não agressivos do transtorno da conduta. Se os critérios para ambos os transtornos forem preenchidos, um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente somente deve ser feito se as explosões de agressividade impulsivas recorrentes justificarem atenção clínica independente.

Transtornos de adaptação. O diagnóstico de um transtorno de adaptação (com distúrbio da conduta ou com distúrbio misto de emoções e da conduta) deverá ser levado em conta se proble-

mas de conduta clinicamente significativos que não preenchem critérios para outro transtorno específico se desenvolverem em clara associação com o início de um estressor psicossocial e não desaparecerem dentro de seis meses após o término do estressor (ou de suas consequências). O transtorno da conduta é diagnosticado apenas nas situações em que os problemas de conduta representam um padrão repetitivo e persistente que esteja associado a prejuízos no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Comorbidade

O TDAH e o transtorno de oposição desafiante são comuns em indivíduos com transtorno da conduta, sendo que essa apresentação comórbida é preditora de evoluções piores. Pessoas que apresentam características de personalidade associadas ao transtorno da personalidade antissocial frequentemente violam direitos básicos de outros ou normas sociais relevantes e apropriadas para a idade, e, como resultado, seu padrão de comportamento geralmente preenche critérios para transtorno da conduta. Esse transtorno pode ocorrer também com um ou mais dos seguintes transtornos mentais: transtorno específico da aprendizagem, transtornos de ansiedade, transtornos depressivo ou bipolar e transtornos relacionados ao uso de substâncias. O sucesso acadêmico, sobretudo no campo da leitura e de outras habilidades verbais, está frequentemente abaixo do nível esperado para a idade e a inteligência e pode justificar um diagnóstico adicional de transtorno específico da aprendizagem ou transtorno da comunicação.

Transtorno da Personalidade Antissocial

Os critérios e o texto para transtorno da personalidade antissocial podem ser encontrados no capítulo "Transtornos da Personalidade". Levando-se em conta que esse transtorno está intimamente ligado ao espectro dos transtornos da conduta "externalizantes" deste capítulo, assim como aos transtornos discutidos no capítulo subsequente, "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos", ele foi duplamente codificado neste capítulo, e no capítulo "Transtornos da Personalidade".

Piromania

Critérios Diagnósticos **312.33 (F63.1)**

A. Incêndio provocado de forma deliberada e proposital em mais de uma ocasião.
B. Tensão ou excitação afetiva antes do ato.
C. Fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seu contexto situacional (p. ex., equipamentos, usos, consequências).
D. Prazer, gratificação ou alívio ao provocar incêndios ou quando testemunhando ou participando de suas consequências.
E. O incêndio não é provocado com fins monetários, como expressão de uma ideologia sociopolítica, para ocultar atividades criminosas, para expressar raiva ou vingança, para melhorar as circunstâncias de vida de uma pessoa, em resposta a um delírio ou alucinação ou como resultado de julgamento alterado (p. ex., no transtorno neurocognitivo maior, na deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], na intoxicação por substâncias).
F. A provocação de incêndios não é mais bem explicada por transtorno da conduta, por um episódio maníaco ou por transtorno da personalidade antissocial.

Características Diagnósticas

A característica essencial da piromania é a presença de vários episódios de provocação deliberada e proposital de incêndios (Critério A). Indivíduos com esse transtorno experimentam tensão

ou excitação afetiva antes de provocar um incêndio (Critério B). Há grande fascinação, interesse, curiosidade ou atração pelo fogo e seus contextos situacionais (p. ex., equipamentos, usos, consequências) (Critério C). Indivíduos com esse transtorno são frequentemente "expectadores" regulares de incêndios em suas vizinhanças, podem disparar falsos alarmes e obter prazer do convívio com instituições, equipamentos e pessoal associados a incêndio. Podem passar tempo no corpo de bombeiros local, provocar incêndios para se afiliar ao corpo de bombeiros ou mesmo se tornarem bombeiros. Sentem prazer, gratificação ou alívio ao provocar um incêndio, ao testemunhar seus efeitos ou participar de suas consequências (Critério D). Os incêndios não são provocados com fins monetários, como uma expressão de ideologia sociopolítica, para ocultar atividades criminais, para expressar raiva ou vingança, para melhorar as circunstâncias de vida de uma pessoa ou em resposta a um delírio ou alucinação (Critério E). O ato de provocar incêndios não resulta de julgamento alterado (p. ex., no transtorno neurocognitivo maior, na deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual]). O diagnóstico não é feito se a provocação de incêndio for mais bem explicada por transtorno da conduta, por episódio maníaco ou por transtorno da personalidade antissocial (Critério F).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com piromania podem fazer uma preparação antecipada considerável antes de iniciar um incêndio. Eles podem permanecer indiferentes às consequências do incêndio para a vida ou propriedade ou sentir satisfação com a destruição patrimonial resultante. Os comportamentos poderão provocar danos materiais, consequências legais, lesões ou morte do incendiário ou de outras pessoas. Indivíduos que impulsivamente provocam incêndios (que podem ou não ter piromania) com frequência têm história atual ou passada de transtorno por uso de álcool.

Prevalência

A prevalência de piromania na população é desconhecida. A prevalência de provocação de incêndios ao longo da vida, que é apenas um componente da piromania e por si só não é suficiente para o diagnóstico, foi relatada como sendo de 1,13% em uma amostra populacional, embora as comorbidades mais comuns tenham sido transtorno da personalidade antissocial, transtorno por uso de substâncias, transtorno bipolar e transtorno do jogo. Por sua vez, a piromania como diagnóstico primário parece ser muito rara. Em uma amostra de pessoas que chegaram ao sistema criminal por causa de incêndios repetidos, apenas 3,3% tinham sintomas que preenchiam os critérios plenos para piromania.

Desenvolvimento e Curso

Não existem dados suficientes para determinar uma idade de início típica para a piromania nem documentação sobre a relação entre provocação de incêndios na infância e piromania na idade adulta. Em indivíduos com piromania, os incidentes de provocação de incêndios são episódicos e podem aumentar e diminuir em frequência. O curso longitudinal é desconhecido. Embora a provocação de incêndios seja um grande problema em crianças e adolescentes (aproximadamente 40% das pessoas presas nos Estados Unidos por ofensas incendiárias têm idade inferior a 18 anos), a piromania na infância parece ser rara. Geralmente, a provocação de incêndios entre jovens está associada ao transtorno da conduta, ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou a um transtorno de adaptação.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

A piromania ocorre com mais frequência no sexo masculino, especialmente naqueles indivíduos com habilidades sociais mais pobres e com dificuldades de aprendizagem.

Diagnóstico Diferencial

Outras causas de provocação intencional de incêndios. É importante excluir outras causas de provocação de incêndios antes de fazer o diagnóstico de piromania. Os incêndios intencionais podem ocorrer por lucro, sabotagem ou vingança; para ocultar um crime; fazer uma declaração política (p. ex., atos de terrorismo ou de protesto); ou para atrair atenção ou obter reconhecimento (p. ex., provocar um incêndio intencionalmente para depois "descobri-lo" e salvar o dia). A provocação de incêndios ocorre também como parte de experimentações do desenvolvimento na infância (p. ex., brincar com fósforos, isqueiros ou fogo).

Outros transtornos mentais. Não é feito um diagnóstico separado de piromania quando o incêndio ocorrer como parte do transtorno da conduta, de um episódio maníaco ou do transtorno da personalidade antissocial, se ocorrer em resposta a um delírio ou alucinação (p. ex., na esquizofrenia) ou se for atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma outra condição médica (p. ex., epilepsia). O diagnóstico de piromania também não deve ser feito nas situações em que o incêndio resultar de julgamento prejudicado associado ao transtorno neurocognitivo maior, à deficiência intelectual ou à intoxicação por substâncias.

Comorbidade

Aparentemente, há alta comorbidade de piromania com transtornos por uso de substâncias, transtorno do jogo, transtornos depressivo e bipolar e outros transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta.

Cleptomania

Critérios Diagnósticos **312.32 (F63.2)**

A. Falha recorrente em resistir aos impulsos de roubar objetos que não são necessários para uso pessoal ou em razão de seu valor monetário.
B. Sensação crescente de tensão imediatamente antes de cometer o furto.
C. Prazer, gratificação ou alívio no momento de cometer o furto.
D. O ato de furtar não é cometido para expressar raiva ou vingança e não ocorre em resposta a um delírio ou a uma alucinação.
E. O ato de roubar não é mais bem explicado por transtorno da conduta, por um episódio maníaco ou por transtorno da personalidade antissocial.

Características Diagnósticas

A característica essencial da cleptomania é a falha recorrente em resistir aos impulsos de furtar itens, mesmo que eles não sejam necessários para uso pessoal ou em razão de seu valor monetário (Critério A). O indivíduo experimenta uma sensação subjetiva crescente de tensão antes do furto (Critério B) e sente prazer, gratificação ou alívio quando o comete (Critério C). O ato de roubar não é cometido para expressar raiva ou vingança, não é executado em resposta a um delírio ou a uma alucinação (Critério D) e não é mais bem explicado por transtorno da conduta, por um episódio maníaco ou por transtorno da personalidade antissocial (Critério E). Os objetos são roubados mesmo que, em geral, tenham pouco valor para o indivíduo, que teria condições de pagar por eles e que com frequência os oferece em doação ou os descarta. Às vezes o indivíduo poderá colecionar os objetos roubados ou devolvê-los disfarçadamente. Embora as pessoas com esse transtorno geralmente não pratiquem o ato de roubar quando existe a probabilidade de prisão imediata (p. ex., à vista de um policial), não costumam planejar com antecedência os furtos ou levar totalmente em conta as chances de serem pegas. O ato de roubar é executado sem assistência ou colaboração de outras pessoas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com cleptomania geralmente tentam resistir ao impulso de roubar e têm consciência de que estão fazendo algo errado e sem sentido. Frequentemente temem serem apanhados e sentem-se deprimidos ou culpados pelos furtos. Rotas neurotransmissoras associadas a adições comportamentais, incluindo aquelas associadas aos sistemas serotonérgico, dopaminérgico e opioide, também parecem desempenhar um papel na cleptomania.

Prevalência

A cleptomania ocorre em aproximadamente 4 a 24% dos indivíduos presos por furtos em lojas. Sua prevalência na população em geral é muito rara, ficando em torno de 0,3 a 0,6%. Indivíduos do sexo feminino superam os do masculino em uma proporção de 3:1.

Desenvolvimento e Curso

A idade de início da cleptomania é variável, porém, com frequência, o transtorno inicia na adolescência. Entretanto, pode iniciar na infância, na adolescência ou na vida adulta e, em raros casos, na fase final da idade adulta. Existem poucas informações sistemáticas sobre o curso da cleptomania, embora três cursos típicos tenham sido descritos: esporádico com breves episódios e longos períodos de remissão; episódico com períodos prolongados de furto e períodos de remissão; e crônico com algum grau de flutuação. O transtorno pode continuar por vários anos, a despeito de múltiplas condenações por furtos em lojas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Não há estudos controlados de história familiar de cleptomania. No entanto, parentes de primeiro grau de indivíduos com o transtorno podem apresentar taxas mais elevadas do transtorno obsessivo-compulsivo do que a população em geral. Também parece haver uma taxa mais alta de transtornos por uso de substâncias, incluindo transtorno por uso de álcool, em parentes de indivíduos com cleptomania na comparação com a população em geral.

Consequências Funcionais da Cleptomania

Esse transtorno pode causar dificuldades legais, familiares, profissionais e pessoais.

Diagnóstico Diferencial

Furtos comuns. A cleptomania deve ser distinguida de atos comuns de furtar. Os furtos comuns (planejados ou impulsivos) são deliberados e motivados pela utilidade do objeto e por seu valor monetário. Alguns indivíduos, em especial os adolescentes, podem roubar por ousadia, como um ato rebelde, ou como um rito de passagem. O diagnóstico não deverá ser feito a menos que também estejam presentes outras características típicas de cleptomania. O transtorno é extremamente raro, ao passo que os furtos em lojas são relativamente comuns.

Simulação. Na simulação, os indivíduos poderão simular os sintomas de cleptomania para evitar condenação criminal.

Transtorno da personalidade antissocial e transtorno da conduta. O transtorno da personalidade antissocial e o transtorno da conduta distinguem-se da cleptomania por um padrão geral de comportamento antissocial.

Episódios maníacos, episódios psicóticos e transtorno neurocognitivo maior. A cleptomania deve ser distinguida de furtos não intencionais ou inadvertidos que possam ocorrer durante um episódio maníaco, em resposta a delírios ou alucinações (p. ex., esquizofrenia) ou como resultado de um transtorno neurocognitivo maior.

Comorbidade

A cleptomania pode estar associada a compras compulsivas e aos transtornos depressivo e bipolar (em especial o transtorno depressivo maior), de ansiedade, alimentares (particularmente bulimia nervosa), da personalidade, por uso de substâncias (em especial o transtorno por uso de álcool) e a outros transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta.

Outro Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos ou da Conduta Especificado

312.89 (F91.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. A categoria outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "explosões comportamentais recorrentes com frequência insuficiente").

Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos e da Conduta Não Especificado

312.9 (F91.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. A categoria transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos

Os transtornos relacionados a substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Essas 10 classes não são totalmente distintas. Todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas. Em vez de atingir a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso ativam diretamente as vias de recompensa. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensa são diferentes, mas elas geralmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, frequentemente denominadas de "barato" ou "viagem". Além disso, indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância, sugerindo que, no caso de determinadas pessoas, a origem dos transtornos por uso de substância pode ser observada em seus comportamentos muito antes do início do uso atual de substância propriamente dito.

Além dos transtornos relacionados a substâncias, este capítulo também inclui o transtorno do jogo, o que reflete as evidências de que os comportamentos de jogo ativam sistemas de recompensa semelhantes aos ativados por drogas de abuso e produzem alguns sintomas comportamentais que podem ser comparados aos produzidos pelos transtornos por uso de substância. Outros padrões comportamentais de excesso, como jogo pela internet, também foram descritos, mas as pesquisas sobre esta e outras síndromes comportamentais são menos claras. Portanto, grupos de comportamentos repetitivos, por vezes denominados *adições comportamentais*, com subcategorias como "adição sexual", "adição por exercício" ou "adição por compras", não estão inclusos porque, até o momento, não há evidências suficientes revisadas por pares para estabelecer os critérios diagnósticos e as descrições de curso necessários para identificar tais comportamentos como transtornos mentais.

Os transtornos relacionados a substâncias dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância. As condições a seguir podem ser classificadas como induzidas por substância: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, *delirium* e transtornos neurocognitivos).

Esta seção começa com uma abordagem geral dos conjuntos de critérios para transtorno por uso de substância, intoxicação por substância e abstinência de substância e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, sendo que alguns desses critérios se aplicam às classes de substâncias. O restante do capítulo reflete as particularidades das 10 classes de substâncias e está organizado por classe de substância, descrevendo os aspectos singulares de cada uma delas. A fim de facilitar o diagnóstico diferencial, o texto e os critérios dos transtornos mentais induzidos por substância/medicamento remanescentes localizam-se junto aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (p. ex., transtorno depressivo induzido por substância/medicamento consta no capítulo "Transtornos Depressivos"). As categorias diagnósticas mais abrangentes associadas a cada grupo específico de substâncias são apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 Diagnósticos associados a classes de substâncias

	Transtornos psicóticos	Transtornos bipolares	Transtornos depressivos	Transtornos de ansiedade	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados	Transtornos do sono	Disfunções sexuais	*Delirium*	Transtornos neurocognitivos	Transtornos por uso de substância	Intoxicação com substância	Abstinência de substância
Álcool	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Outros alucinógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Outra substância (ou substância desconhecida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

Nota. X = A categoria é reconhecida no DSM-5.
I = O especificador "com início durante a intoxicação" pode ser indicado para a categoria.
A = O especificador "com início durante a abstinência" pode ser indicado para a categoria.
I/A = Tanto "com início durante a intoxicação" como "com início durante a abstinência" podem ser indicados para a categoria.
P = O transtorno é persistente.
* Também para transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos (*flashbacks*).
** Inclui cocaína, substâncias tipo anfetamina e outros estimulantes ou estimulantes não especificados.

Transtornos Relacionados a Substâncias

Transtornos por Uso de Substâncias

Características

A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. Como se observa na Tabela 1, o diagnóstico de um transtorno por uso de substância pode se aplicar a todas as 10 classes inclusas neste capítulo, com exceção da cafeína. Para determinadas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (p. ex., não se especificam sintomas de abstinência para transtorno por uso de fenciclidina, transtorno por uso de outros alucinógenos nem transtorno por uso de inalantes).

Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas. Uma abordagem de longo prazo pode ser vantajosa para o tratamento desses efeitos persistentes da droga.

De modo geral, o diagnóstico de um transtorno por uso de substância baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. Para auxiliar a organização, pode-se considerar que as condições sob "Critério A" encaixam-se nos agrupamentos gerais de *baixo controle*, *deterioração social*, *uso arriscado* e *critérios farmacológicos*. O baixo controle sobre o uso da substância é o primeiro grupo de critérios (Critérios 1-4). O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente (Critério 1). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (Critério 2). O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos (Critério 3). Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância. A fissura (Critério 4) se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. Demonstrou-se também que a fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no cérebro. Investiga-se a fissura ao perguntar se alguma vez o indivíduo teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada. A fissura atual costuma ser usada como medida de resultado do tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente.

O prejuízo social é o segundo grupo de critérios (Critérios 5-7). O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar (Critério 5). O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância (Critério 7). O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância.

O uso arriscado da substância é o terceiro grupo de critérios (Critérios 8 e 9). Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física (Critério 8). O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão fundamental na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em abster-se do uso da substância apesar da dificuldade que ela está causando.

Os critérios farmacológicos são o grupo final (Critérios 10 e 11). A tolerância (Critério 10) é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. O grau em que a tolerância se desenvolve apresenta grande variação de um indivíduo para outro, assim como de uma substância para outra, e pode envolver uma variedade de efeitos sobre o sistema nervoso central. Por exemplo, tolerância a depressão respiratória e tolerância a sedação e coordenação motora podem se desenvolver em ritmos diferentes, dependendo da substância. A tolerância pode ser difícil de determinar apenas pela história, e testes de laboratório podem ser úteis (p. ex., níveis elevados da substância no sangue com poucas evidências de intoxicação sugerem boa chance de tolerância). A tolerância também deve ser diferenciada da variação individual na sensibilidade inicial aos efeitos de substâncias específicas. Por exemplo, algumas pessoas que consomem álcool pela primeira vez apresentam pouquíssimas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, enquanto outras com o mesmo peso e história de consumo de álcool apresentam fala arrastada e incoordenação.

Abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los. Os sintomas de abstinência apresentam grande variação de uma classe de substâncias para outra, e conjuntos distintos de critérios para abstinência são fornecidos para as classes de drogas. Sinais fisiológicos marcados e, geralmente, de fácil aferição são comuns com álcool, opioides e com sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência de estimulantes (anfetaminas e cocaína), bem como de tabaco e *Cannabis*, costumam estar presentes, mas são menos visíveis. *Não* foi documentada abstinência significativa em seres humanos após o uso repetido de fenciclidina, de outros alucinógenos e de inalantes; portanto, esse critério não foi incluído no caso dessas substâncias. Não são necessárias tolerância nem abstinência para um diagnóstico de transtorno por uso de substância. Contudo, na maioria das classes de substâncias, história prévia de abstinência está associada a um curso clínico mais grave (i.e., início mais precoce de transtorno por uso de substância, níveis mais elevados de consumo de substância e uma quantidade maior de problemas relacionados a substâncias).

Sintomas de tolerância e abstinência que ocorrem durante o tratamento médico adequado com medicamentos receitados (p. ex., analgésicos opioides, sedativos, estimulantes) são especificamente *desconsiderados* ao se diagnosticar um transtorno por uso de substância. Houve casos em que o surgimento de tolerância farmacológica normal e esperada e de abstinência durante o curso de tratamento médico conduziu ao diagnóstico equivocado de "adição" mesmo quando estes eram os únicos sintomas presentes. Indivíduos cujos *únicos* sintomas são os decorrentes de tratamento médico (i.e., tolerância e abstinência como parte de assistência médica quando os medicamentos são usados conforme prescritos) não devem ser diagnosticados unicamente com base nesses sintomas. Contudo, medicamentos com receita podem ser usados de forma inadequada, e pode-se diagnosticar corretamente um transtorno por uso de substância quando houver outros sintomas de comportamento compulsivo de busca por drogas.

Gravidade e Especificadores

Os transtornos por uso de substâncias ocorrem em uma ampla gama de gravidade, desde leve até grave, a qual se baseia na quantidade de critérios de sintomas confirmados. Em uma estimativa geral de gravidade, um transtorno por uso de substância *leve* é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; *moderado,* por quatro ou cinco sintomas; e *grave,* por seis ou mais sintomas. A mudança da gravidade ao longo do tempo também reflete a redução ou o aumento na dose e/ou na frequência do uso da substância, conforme avaliação do relato do próprio indivíduo, do relato de outras pessoas cientes do caso, de observações do clínico e exames biológicos. Os especificadores do curso e os especificadores de características descritivas a seguir também estão disponíveis para os transtornos por uso de substâncias: "em remissão inicial", "em remissão sustentada", "em terapia de manutenção" e "em ambiente protegido", e suas definições estão inseridas nos respectivos conjuntos de critérios.

Procedimentos para Registro para Transtornos por Uso de Substâncias

O clínico deve usar o código que se aplica à classe de substâncias, mas registrar o nome da *substância específica*. Por exemplo, o clínico deve registrar 304.10 (F13.20) transtorno por uso de alprazolam moderado (em vez de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado) ou 305.70 [F15.10] transtorno por uso de metanfetamina leve (em vez de transtorno por uso de estimulante leve). No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (p. ex., esteroides anabolizantes), o código adequado de "transtorno por uso de outra substância" deve ser usado, e a substância específica deve ser indicada (p. ex., 305.90 [F19.10] transtorno por uso de esteroide anabolizante leve). Se a substância consumida pelo indivíduo for desconhecida, o código para a classe "outra substância (ou substância desconhecida)" deve ser usado (p. ex., 304.90 [F19.20] transtorno por uso de substância desconhecida grave). Se os critérios forem satisfeitos para mais de um transtorno por uso de substância, todos eles devem ser diagnosticados (p. ex., 304.00 [F11.20] transtorno por uso de heroína grave; 304.20 [F14.20] transtorno por uso de cocaína moderado).

O código adequado da CID-10-MC para transtorno por uso de substância depende da presença de um transtorno induzido por substância comórbido (incluindo intoxicação e abstinência). No exemplo anterior, o código diagnóstico para transtorno por uso de alprazolam moderado, F13.20, reflete a ausência de transtorno mental induzido por alprazolam comórbido. Como os códigos da CID-10-MC para transtornos induzidos por substâncias indicam tanto a presença (ou ausência) quanto a gravidade do transtorno por uso de substância, os códigos da CID-10-MC para transtornos por uso de substâncias podem ser usados apenas na ausência de um transtorno induzido por substância. Consultar as seções próprias de substâncias específicas para mais informações sobre codificação.

Reparar que a palavra *adição* não é aplicada como termo diagnóstico nesta classificação, embora seja de uso comum em vários países para descrever problemas graves relacionados ao uso compulsivo e habitual de substâncias. O termo mais neutro *transtorno por uso de substância* é utilizado para descrever a ampla gama do transtorno, desde uma forma leve até um estado grave de recaídas crônicas de consumo compulsivo de drogas. Alguns clínicos podem preferir usar a palavra *adição* para descrever apresentações mais extremas, mas ela é omitida da terminologia diagnóstica dos transtornos por uso de substâncias do DSM-5 em razão de sua definição vaga e de sua conotação potencialmente negativa.

Transtornos Induzidos por Substâncias

A categoria geral de transtornos induzidos por substâncias inclui intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (p. ex., transtorno psicótico induzido por substância, transtorno depressivo induzido por substância).

Intoxicação e Abstinência de Substância

Os critérios para intoxicação por substância estão inclusos nas seções específicas para cada substância neste capítulo. Sua característica fundamental é o desenvolvimento de uma síndrome reversível específica de determinada substância que ocorreu devido a sua recente ingestão (Critério A). As mudanças comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas associadas à intoxicação (p. ex., beligerância, labilidade do humor, julgamento prejudicado) são atribuíveis aos efeitos fisiológicos da substância sobre o sistema nervoso central e desenvolvem-se durante ou logo após o uso da substância (Critério B). Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). A intoxicação por substância é comum entre pessoas com transtorno por uso de substância, mas também ocorre com frequência em indivíduos sem esse transtorno. Essa categoria *não* se aplica ao tabaco.

As alterações mais comuns decorrentes da intoxicação envolvem perturbações de percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento inter-

pessoal. As intoxicações breves, ou "agudas", podem ter sinais e sintomas diferentes dos presentes nas intoxicações prolongadas, ou "crônicas". Por exemplo, doses moderadas de cocaína podem, inicialmente, produzir sociabilidade, mas isolamento social pode se desenvolver caso essas doses sejam repetidas com frequência por dias ou semanas.

Quando usado no sentido fisiológico, o termo *intoxicação* é mais amplo do que intoxicação por substância tal como é definido aqui. Muitas substâncias podem produzir alterações fisiológicas ou psicológicas que não são, necessariamente, problema. Por exemplo, um indivíduo com taquicardia decorrente do uso de substância sofre um efeito fisiológico, mas se esse for o único sintoma na ausência de comportamento problemático, o diagnóstico de intoxicação não se aplica. A intoxicação pode, às vezes, persistir além do tempo durante o qual a substância é detectável no corpo, em decorrência de efeitos duradouros sobre o sistema nervoso central, cuja recuperação leva mais tempo do que a eliminação da substância. Esses efeitos mais prolongados da intoxicação devem ser diferenciados da abstinência (i.e., sintomas iniciados por um declínio nas concentrações de uma substância no sangue e nos tecidos).

Os critérios para abstinência de substância estão inclusos nas seções específicas para cada substância neste capítulo. A característica fundamental é o desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática específica a determinada substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido a interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância (Critério A). A síndrome específica da substância causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). A abstinência geralmente, mas nem sempre, está associada a um transtorno por uso de substância. A maioria dos indivíduos com abstinência sente necessidade de readministrar a substância para reduzir os sintomas.

Via de Administração e Velocidade dos Efeitos da Substância

As vias de administração que produzem a absorção mais rápida e eficiente na corrente sanguínea (p. ex., intravenosa, fumada, "cheirada") tendem a resultar em uma intoxicação mais intensa e em uma probabilidade maior de um padrão progressivo de uso da substância, levando à abstinência. De modo semelhante, substâncias de ação rápida têm maior probabilidade de produzir intoxicação imediata do que aquelas de ação mais lenta.

Duração dos Efeitos

Em uma mesma categoria de drogas, as substâncias de ação relativamente curta tendem a ter um potencial mais alto para o desenvolvimento de abstinência do que aquelas de duração mais prolongada. Contudo, substâncias de ação mais prolongada tendem a apresentar abstinência de maior duração. A meia-vida da substância tem paralelos com os aspectos da abstinência: quanto mais prolongada a duração da ação, mais tempo entre a interrupção e o início dos sintomas de abstinência e maior a duração da abstinência. De modo geral, quanto maior o período agudo de abstinência, menos intensa tende a ser a síndrome.

Uso de Múltiplas Substâncias

A intoxicação e a abstinência de substâncias geralmente envolvem várias substâncias utilizadas simultânea ou sequencialmente. Nesses casos, cada diagnóstico deve ser registrado de forma separada.

Achados Laboratoriais Associados

Análises laboratoriais de amostras de sangue e urina podem ajudar a determinar o uso recente e o tipo específico de substância. Contudo, um resultado laboratorial positivo não indica, por si só, a existência de um padrão de uso de substância que satisfaça os critérios para um transtorno induzido por substância ou um transtorno por uso de substância, e um resultado negativo, por si só, não descarta o diagnóstico.

Os testes laboratoriais podem ser úteis para identificar abstinência. Caso o indivíduo se apresente com abstinência de uma substância desconhecida, os testes laboratoriais podem ajudar a identificá-la e também podem ser úteis para diferenciar abstinência de outros transtornos mentais. Além disso, o funcionamento normal na presença de níveis sanguíneos elevados de uma substância sugere tolerância considerável.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos entre 18 e 24 anos apresentam taxas de prevalência relativamente altas para o uso de praticamente todas as substâncias. A intoxicação costuma ser o primeiro transtorno relacionado a substâncias e frequentemente se inicia na adolescência. A abstinência pode ocorrer em qualquer idade, contanto que a droga relevante tenha sido consumida em doses suficientes ao longo de um período de tempo prolongado.

Procedimentos para Registro para Intoxicação e Abstinência

O clínico deve usar o código que se aplica à classe de substâncias, mas registrar o nome da *substância específica*. Por exemplo, o clínico deve registrar 292.0 (F13.239) abstinência de secobarbital (em vez de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) ou 292.89 (F15.129) intoxicação por anfetamina (em vez de intoxicação por estimulante). Reparar que o código adequado da CID-10-MC para intoxicação depende de haver um transtorno por uso de substância comórbido. Nesse caso, o código F15.129 para metanfetamina indica a presença de um transtorno por uso de metanfetamina leve comórbido. Caso não houvesse transtorno por uso de metanfetamina comórbido, o código diagnóstico teria sido F15.929. As regras de codificação da CID-10-MC exigem que todos os códigos de abstinência indiquem um transtorno por uso de substância comórbido de moderado a grave para aquela substância. No caso anterior, o código para abstinência de secobarbital (F13.239) indica a presença comórbida de um transtorno por uso de secobarbital moderado. Ver a nota para codificação para intoxicação e para síndrome de abstinência de cada substância para as opções de codificação.

No caso de substâncias que não se encaixam em nenhuma das classes (p. ex., esteroides anabolizantes), o código adequado para "intoxicação por outra substância" deve ser usado, e a substância específica deve ser indicada (p. ex., 292.89 [F19.929] intoxicação por esteroide anabolizante). Caso a substância consumida pelo indivíduo seja desconhecida, o código para a classe "outra substância (ou substância desconhecida)" deve ser usado (p. ex., 292.89 [F19.929] intoxicação por substância desconhecida). Se houver sintomas ou problemas associados a uma substância em particular, mas os critérios não forem satisfeitos para nenhum dos transtornos relacionados a substâncias específicas, pode-se usar a categoria não especificado (p. ex., 292.9 [F12.99] transtorno relacionado a *Cannabis* não especificado).

Conforme indicado, os códigos relacionados a substâncias na CID-10-MC combinam o aspecto de transtorno por uso de substância do quadro clínico e o aspecto induzido por substância em um único código. Portanto, caso estejam presentes tanto abstinência de heroína como transtorno por uso de heroína moderado, o código único F11.23 é fornecido para cobrir as duas apresentações. Na CID-9-MC, códigos diagnósticos distintos (292.0 e 304.00) são fornecidos, respectivamente para indicar a abstinência e o transtorno por uso de heroína moderado. Consulte as seções específicas de cada substância para mais informações sobre codificação.

Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento

Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento são potencialmente graves, geralmente temporários, mas às vezes desenvolvem-se síndromes persistentes do sistema nervoso central (SNC) no caso dos efeitos de substâncias de abuso, medicamentos ou de várias toxinas. Elas se distinguem dos transtornos por uso de substância, nos quais um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos contribui para o uso continuado de uma substância

apesar dos problemas significativos relacionados a ela. Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento podem ser induzidos pelas 10 classes de substâncias que produzem transtornos por uso de substância ou por uma grande variedade de outros medicamentos usados no tratamento médico. Todos os transtornos mentais induzidos por substâncias são descritos no capítulo pertinente (p. ex., "Transtornos Depressivos", "Transtornos Neurocognitivos"), e, portanto, este capítulo apresenta apenas uma breve descrição. Todos os transtornos induzidos por substância/medicamento compartilham características comuns. Reconhecer tais características é importante para auxiliar na detecção desses transtornos. Elas são:

A. O transtorno representa uma apresentação sintomática clinicamente significativa de um transtorno mental pertinente.
B. Há evidências a partir da história, do exame físico ou dos achados laboratoriais de ambos:
   1. O transtorno se desenvolveu durante, ou no prazo de um mês após, a intoxicação ou abstinência de substância ou da administração do medicamento; e
   2. A substância ou o medicamento envolvido é capaz de produzir o transtorno mental.
C. O transtorno não é mais bem explicado por um transtorno mental independente (i.e., que não seja induzido por substância ou medicamento). Tais evidências de um transtorno mental independente podem incluir as seguintes:
   1. O transtorno antecedeu o início de intoxicação ou de abstinência grave ou a exposição ao medicamento; ou
   2. O transtorno mental completo persistiu durante um período considerável de tempo (p. ex., ao menos um mês) após cessar a abstinência aguda ou a intoxicação grave ou a administração do medicamento. Este critério não se aplica a transtornos neurocognitivos induzidos por substância nem ao transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos, os quais persistem após cessar a intoxicação ou a abstinência agudas.
D. O transtorno não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. O transtorno causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Características

Podem-se fazer algumas generalizações quanto às categorias de substâncias capazes de produzir transtornos mentais induzidos por substância clinicamente relevantes. De modo geral, as drogas mais sedativas (sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e álcool) podem produzir transtornos depressivos proeminentes e clinicamente significativos durante a intoxicação, enquanto há mais chances de se observar condições de ansiedade durante as síndromes de abstinência dessas substâncias. Também, durante a intoxicação, as substâncias mais estimulantes (p. ex., anfetamina e cocaína) provavelmente estarão associadas a transtornos psicóticos induzidos por substância e a transtornos de ansiedade induzidos por substância, sendo que episódios depressivos maiores induzidos por substância são observados durante a abstinência. Tanto as drogas mais sedativas quanto as mais estimulantes têm chances de produzir perturbações sexuais e de sono significativas, porém temporárias. Uma visão geral da relação entre classes específicas de substâncias e síndromes psiquiátricas específicas consta na Tabela 1.

As condições induzidas por medicamento incluem as que costumam ser reações idiossincrásicas do SNC ou exemplos relativamente extremos de efeitos colaterais de uma ampla gama de medicamentos administrados para diversas finalidades médicas. Tais condições incluem complicações neurocognitivas de anestesias, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e uma variedade de outros medicamentos e toxinas (p. ex., organofosforados, inseticidas, monóxido de carbono), conforme descrito no capítulo sobre transtornos neurocognitivos. Síndromes psicóticas podem ser experimentadas temporariamente no caso de fármacos anticolinérgicos, cardiovasculares e esteroides, bem como durante o uso de fármacos similares a estimulantes ou a tranquilizantes que necessitem ou não de receita médica. Podem-se observar perturbações do humor temporárias, porém graves, com uma ampla gama de medicamentos, incluindo esteroides, anti-hipertensivos, dissulfiram e todos os tranquilizantes que exijam ou não receita médica ou substâncias si-

milares a estimulantes. Uma gama semelhante de medicamentos pode ser associada a síndromes temporárias de ansiedade, disfunções sexuais e condições de perturbação do sono.

De modo geral, para que o transtorno sob observação seja considerado um transtorno mental induzido por substância/medicamento, evidências devem indicar a baixa probabilidade de que ele seja mais bem explicado por uma condição mental independente. Esta provavelmente será observada se o transtorno mental estiver presente antes da intoxicação ou abstinência grave ou da administração do medicamento ou, com exceção de vários transtornos persistentes induzidos por substância listados na Tabela 1, prolongar-se durante mais de um mês após a interrupção de abstinência aguda, intoxicação grave ou uso de medicamentos. Quando os sintomas são observados apenas durante *delirium* (i.e., *delirium* por abstinência de álcool), o transtorno mental deve ser diagnosticado como *delirium*, e a síndrome psiquiátrica que ocorre durante o *delirium* também não deve ser diagnosticada separadamente, já que muitos sintomas (incluindo perturbações no humor, ansiedade e teste de realidade) são habitualmente observados durante estados de agitação e confusão. As características associadas a cada transtorno mental maior relevante são semelhantes, tanto as observadas em transtornos mentais independentes como as observadas em transtornos mentais induzidos por substância/medicamento. Contudo, indivíduos com transtornos mentais induzidos por substância/medicamento provavelmente também demonstrem as características associadas observadas com a categoria específica de substância ou medicamento, conforme listado em outras subseções deste capítulo.

Desenvolvimento e Curso

Transtornos mentais induzidos por substância desenvolvem-se no caso de intoxicação ou abstinência a partir de substâncias de abuso, e transtornos mentais induzidos por medicamento são observados com medicamentos que exijam ou não receita médica administrados nas dosagens sugeridas. Ambas as condições costumam ser temporárias e tendem a desaparecer no prazo aproximado de um mês após cessada a abstinência aguda, a intoxicação grave ou o uso do medicamento. As exceções a essas generalizações ocorrem em determinados transtornos de longa duração induzidos por substâncias: transtornos neurocognitivos associados a substâncias relacionados a condições como transtorno neurocognitivo induzido por álcool, transtorno neurocognitivo induzido por inalantes e transtorno neurocognitivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos (*flashbacks*; ver a seção "Transtornos Relacionados a Alucinógenos" mais adiante neste capítulo). Contudo, é provável que a maioria dos outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, independentemente da gravidade dos sintomas, melhore de forma relativamente rápida com a abstinência, sendo difícil permanecer clinicamente relevante durante mais de um mês após a interrupção total do uso.

Assim como muitas das consequências do uso intenso de substâncias, alguns indivíduos são mais suscetíveis a determinados transtornos induzidos por substâncias, e outros menos. Tipos semelhantes de predisposição podem fazer as pessoas serem mais propensas a desenvolver efeitos colaterais psiquiátricos de determinados tipos de medicamentos, mas não de outros. Contudo, não está claro se indivíduos com história familiar ou história pessoal prévia de síndromes psiquiátricas independentes são mais propensos a desenvolver a síndrome induzida, depois de ter sido considerado se a quantidade e a frequência da substância foram suficientes para levar ao desenvolvimento de uma síndrome induzida por substância.

Há indícios de que o consumo de substâncias de abuso ou de determinados medicamentos com efeitos colaterais psiquiátricos no caso de um transtorno mental preexistente provavelmente resulte em intensificação da síndrome independente preexistente. O risco de transtorno mental induzido por substância/medicamento provavelmente irá aumentar tanto com a quantidade quanto com a frequência do consumo da substância em questão.

Os perfis sintomáticos para os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento assemelham-se aos transtornos mentais independentes. Enquanto os sintomas dos transtornos mentais induzidos por substância/medicamento podem ser idênticos aos sintomas dos transtornos mentais independentes (p. ex., delírios, alucinações, psicoses, episódios depressivos maiores, síndromes de ansiedade), e embora eles possam ter as mesmas consequências graves (p. ex., suicídio), a maioria dos transtornos mentais induzidos tem chances de melhorar em questão de dias ou semanas de abstinência.

Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento são uma parte importante dos diagnósticos diferenciais para as condições psiquiátricas independentes. A importância de se reconhecer um transtorno mental induzido é semelhante à relevância de se identificar o possível papel de determinadas condições médicas e reações a medicamentos antes de se diagnosticar um transtorno mental independente. Sintomas de transtornos mentais induzidos por substância/medicamento podem ser idênticos se comparados aos sintomas dos transtornos mentais independentes, mas têm tratamentos e prognósticos diferentes da condição independente.

Consequências Funcionais dos Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento

As mesmas consequências relacionadas ao transtorno mental independente em questão (p. ex., tentativas de suicídio) provavelmente se aplicam aos transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, mas têm chances de desaparecer no prazo de um mês após a abstinência. Do mesmo modo, as mesmas consequências funcionais associadas ao transtorno por uso da substância em questão tendem a ser observadas no caso de transtornos mentais induzidos por substância.

Procedimentos para Registro para Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento

Notas para codificação e procedimentos para registro separados para os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento específicos são fornecidos em outros capítulos do Manual junto aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (ver os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos: "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos", "Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados", "Transtornos Depressivos", "Transtornos de Ansiedade", "Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados", "Transtornos do Sono-Vigília", "Disfunções Sexuais" e "Transtornos Neurocognitivos"). De modo geral, na CID-9-MC, se um transtorno mental for induzido por um transtorno por uso de substância, um código diagnóstico diferente é fornecido para o transtorno por uso de substância específico, além do código para o transtorno mental induzido por substância/medicamento. Na CID-10-MC, um único código combina o transtorno mental induzido por substância com o transtorno por uso de substância. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de substância comórbido não é fornecido, embora o nome e a gravidade do transtorno por uso de substância específico (quando presente) sejam usados ao se registrar o transtorno mental induzido por substância/medicamento. Os códigos da CID-10-MC também são fornecidos para situações nas quais o transtorno mental induzido por substância/medicamento não é induzido por um transtorno por uso de substância (p. ex., quando um transtorno é induzido pela única vez em que a substância ou o medicamento foi usado). Mais informações necessárias para registrar o nome do diagnóstico do transtorno mental induzido por substância/medicamento são fornecidas na seção "Procedimentos para Registro" de cada transtorno mental induzido por substância/medicamento em seu respectivo capítulo.

Transtornos Relacionados ao Álcool

Transtorno por Uso de Álcool
Intoxicação por Álcool
Abstinência de Álcool
Outros Transtornos Induzidos por Álcool
Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado

Transtorno por Uso de Álcool

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
   5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
   8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
   9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Síndrome de abstinência característica de álcool (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de álcool, p. 499-500).
      b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de álcool terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de álcool foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de álcool terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de álcool foi satisfeito em qualquer momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo se encontra em um ambiente no qual o acesso a álcool é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por álcool, abstinência de álcool ou outro transtorno mental induzido por álcool, não utilizar os códigos a seguir para transtorno por uso de álcool. No caso, o transtorno por uso de álcool comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por álcool (ver a nota para codificação para intoxicação por álcool, abstinência de álcool ou um transtorno mental específico induzido por álcool). Por exemplo, se houver comorbidade de intoxicação por álcool e transtorno por uso de álcool, apenas o código para intoxicação por álcool é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de álcool comórbido é leve, moderado ou grave: F10.129 para transtorno por uso de álcool leve com intoxicação por álcool, ou F10.229 para transtorno por uso de álcool moderado ou grave com intoxicação por álcool.

Especificar a gravidade atual:
305.00 (F10.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.
303.90 (F10.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.
303.90 (F10.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

A gravidade do transtorno baseia-se na quantidade de critérios diagnósticos preenchidos. Para cada indivíduo, as alterações na gravidade do transtorno por uso de álcool ao longo do tempo também são refletidas pelas reduções na frequência (p. ex., dias de uso por mês) e/ou dose (p. ex., quantidade de bebidas consumida por dia) utilizada de álcool, conforme avaliação do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas cientes do caso, observações clínicas e, quando possível, exames biológicos (p. ex., elevação em hemograma conforme descrito na seção "Marcadores Diagnósticos" para esse transtorno).

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de álcool é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e fissura. A abstinência de álcool caracteriza-se por sintomas de abstinência que se desenvolvem aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool. Como a abstinência de álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos podem continuar o consumo apesar de consequências adversas, frequentemente para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Alguns desses sintomas (p. ex., problemas com o sono) podem persistir com intensidade menor durante meses e contribuir para a recaída. Assim que um padrão de uso repetitivo e intenso se desenvolve, indivíduos com transtorno por uso de álcool podem dedicar grandes períodos de tempo para obter e consumir bebidas alcoólicas.

A fissura por álcool é indicada por um desejo intenso de beber, o qual torna difícil pensar em outras coisas e frequentemente resulta no início do consumo. O desempenho escolar e profissional também pode sofrer tanto devido aos efeitos posteriores ao consumo como devido à intoxicação em si na escola ou no trabalho; pode haver negligência dos cuidados com os filhos ou dos afazeres domésticos; e ausências relacionadas ao álcool podem ocorrer na escola ou no trabalho. O indivíduo pode usar álcool em circunstâncias que representam perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos, nadar, operar máquinas durante intoxicação). Por fim, indivíduos com transtorno por uso de álcool podem continuar a consumir a substância apesar do conhecimento de que o consumo contínuo representa problema significativo de ordem física (p. ex., "apagões", doença hepática), psicológica (p. ex., depressão), social ou interpessoal (p. ex., brigas violentas com o cônjuge durante intoxicação, abuso infantil).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno por uso de álcool costuma estar associado a problemas semelhantes aos associados a outras substâncias (p. ex., *Cannabis*; cocaína; heroína; anfetaminas; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos). O álcool pode ser usado para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para substituí-las quando não estão disponíveis. Problemas de conduta, depressão, ansiedade e insônia frequentemente acompanham o consumo intenso e às vezes o antecedem.

A ingestão repetida de doses elevadas de álcool pode afetar praticamente todos os sistemas de órgãos, especialmente o trato gastrintestinal, o sistema cardiovascular e os sistemas nervoso central e periférico. Os efeitos gastrintestinais incluem gastrite, úlceras estomacais ou duodenais e, em aproximadamente 15% dos indivíduos que ingerem álcool em grandes quantidades,

cirrose hepática e/ou pancreatite. Também há aumento nas taxas de câncer de esôfago, de estômago e de outras partes do trato gastrintestinal. Uma das condições associadas mais comuns é a hipertensão leve. Miocardiopatia e outras miopatias são menos comuns, mas ocorrem em maior proporção entre usuários pesados. Esses fatores, em conjunto com aumentos acentuados nos níveis de triglicerídeos e colesterol LDL, contribuem para um risco elevado de cardiopatia. A neuropatia periférica pode ser evidenciada por fraqueza muscular, parestesias e diminuição da sensibilidade periférica. Efeitos mais persistentes sobre o sistema nervoso central incluem déficits cognitivos, grave comprometimento da memória e alterações degenerativas do cerebelo. Esses efeitos estão relacionados aos efeitos diretos do álcool ou a traumatismos e a deficiências vitamínicas (particularmente vitamina B, inclusive tiamina). Um efeito devastador sobre o sistema nervoso central é o transtorno amnéstico persistente induzido por álcool, relativamente raro, ou síndrome de Wernicke-Korsakoff, na qual a capacidade de codificar novas memórias fica gravemente prejudicada. Essa condição passa a ser descrita no capítulo "Transtornos Neurocognitivos" sob a categoria *transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento*.

O transtorno por uso de álcool é um fator que colabora para o risco de suicídio durante intoxicação grave e no caso de transtornos depressivo ou bipolar temporários induzidos por álcool. Há aumento na taxa de comportamento suicida e também de suicídio consumado entre indivíduos com o transtorno.

Prevalência

O transtorno por uso de álcool é frequente. Nos Estados Unidos, estima-se que a prevalência de 12 meses do transtorno por uso de álcool seja de 4,6% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 8,5% nos adultos a partir dos 18 anos. As taxas do transtorno são maiores entre homens adultos (12,4%) do que entre mulheres adultas (4,9%). A prevalência de 12 meses do transtorno entre adultos se reduz na meia-idade, sendo mais alta nos indivíduos dos 18 aos 29 anos (16,2%) e mais baixa naqueles a partir dos 65 anos (1,5%).

A prevalência de 12 meses apresenta grande variação entre subgrupos raciais/étnicos da população norte-americana. Na faixa dos 12 aos 17 anos, as taxas são maiores entre hispânicos (6%) e índios norte-americanos e nativos do Alasca (5,7%) em relação a brancos (5,0%), afro-americanos (1,8%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (1,6%). Em contrapartida, entre adultos, a prevalência de 12 meses do transtorno por uso de álcool é claramente maior entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (12,1%) do que entre brancos (8,9%), hispânicos (7,9%), afro-americanos (6,9%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (4,5%).

Desenvolvimento e Curso

O primeiro episódio de intoxicação por álcool tende a ocorrer no período intermediário da adolescência. Problemas relacionados ao álcool que não satisfazem todos os critérios para transtorno por uso, ou problemas isolados, podem ocorrer antes dos 20 anos, mas a idade no início de um transtorno por uso de álcool com dois ou mais critérios agrupados chega ao ápice no fim da adolescência ou entre os 20 e os 25 anos. A grande maioria dos indivíduos que desenvolvem transtornos relacionados ao álcool o faz até o fim da faixa dos 30 anos. As primeiras evidências de abstinência dificilmente aparecem antes que vários outros aspectos do transtorno por uso de álcool se desenvolvam. Observa-se início precoce de transtorno por uso de álcool em adolescentes com problemas preexistentes de conduta e em indivíduos com intoxicação de início precoce.

O transtorno por uso de álcool apresenta um curso variável, caracterizado por períodos de remissão e recaídas. Uma decisão de parar de beber, frequentemente em resposta a uma crise, tende a ser seguida por um período de semanas ou meses de abstinência, em geral seguido por períodos limitados de consumo controlado e não problemático. Contudo, assim que a ingestão de álcool é retomada, é muito provável que o consumo aumente rapidamente e que voltem a ocorrer problemas graves.

O transtorno por uso de álcool costuma ser erroneamente percebido como uma condição intratável, com base no fato de que os indivíduos que se apresentam para tratamento têm, ge-

ralmente, história de muitos anos de problemas graves relacionados ao álcool. Entretanto, esses casos mais graves representam apenas uma pequena parcela das pessoas com o transtorno, e o paciente típico tem um prognóstico muito mais promissor.

Entre adolescentes, transtorno da conduta e comportamento antissocial repetido costumam ocorrer concomitantemente a transtornos relacionados ao álcool e a outras substâncias. Embora a maioria dos indivíduos com transtorno por uso de álcool desenvolva a condição antes dos 40 anos, talvez 10% apresente início tardio. Mudanças físicas relacionadas à idade em indivíduos mais velhos resultam em suscetibilidade mais elevada do cérebro aos efeitos depressores do álcool; taxas menores de metabolismo hepático de uma variedade de substâncias, incluindo o álcool; e redução do percentual de água no corpo. Essas alterações podem fazer pessoas mais velhas desenvolverem intoxicação mais grave e problemas subsequentes com níveis menores de consumo. Problemas relacionados ao álcool em pessoas mais velhas também apresentam grande probabilidade de associação a outras complicações médicas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Fatores de risco e prognóstico ambientais podem incluir atitudes culturais em relação ao consumo e à intoxicação, a disponibilidade de álcool (incluindo o preço), experiências pessoais adquiridas com álcool e níveis de estresse. Outros mediadores potenciais de como os problemas com álcool se desenvolvem em indivíduos com predisposição incluem consumo intenso da substância pelos pares, expectativas positivas exageradas dos efeitos do álcool e formas inadequadas de enfrentamento de estresse.

Genéticos e fisiológicos. O transtorno por uso de álcool apresenta um padrão familiar, sendo que 40 a 60% da variação no risco é explicada por influências genéticas. A taxa dessa condição é 3 a 4 vezes maior em parentes próximos de pessoas com transtorno por uso de álcool, sendo que os valores são mais altos para indivíduos com uma quantidade maior de parentes afetados, com relacionamento genético mais próximo à pessoa afetada e em cujos parentes a gravidade dos problemas relacionados ao álcool é mais séria. Uma taxa significativamente mais alta de transtornos por uso de álcool existe em gêmeo monozigótico, quando comparado ao dizigótico, de um indivíduo com a condição. Observou-se aumento de 3 a 4 vezes no risco em filhos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando essas crianças foram adotadas ao nascer por pais adotivos sem o transtorno.

Avanços recentes na compreensão dos genes que operam por meio de características intermediárias (ou fenótipos) para afetar o risco de transtorno por uso de álcool podem ajudar a identificar indivíduos que correm um risco particularmente baixo ou alto de desenvolver o transtorno por uso de álcool. Entre os fenótipos de baixo risco estão o rubor da pele relacionado ao consumo agudo de álcool (observado sobretudo em asiáticos). Alta vulnerabilidade está associada a esquizofrenia ou transtorno bipolar preexistentes, bem como a impulsividade (que produz taxas elevadas de todos os transtornos por uso de substância e transtorno do jogo), e um risco elevado especificamente para transtorno por uso de álcool está associado ao baixo nível de resposta (baixa sensibilidade) ao álcool. Uma série de variações de genes pode ser responsável pela baixa resposta ao álcool ou por modular os sistemas de recompensa dopaminérgicos; deve-se observar, no entanto, que quaisquer variações genéticas provavelmente explicam apenas 1 a 2% do risco para esses transtornos.

Modificadores do curso. De modo geral, altos níveis de impulsividade estão associados a um início mais precoce e grave do transtorno por uso de álcool.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Na maioria das culturas, o álcool é a substância intoxicante usada com mais frequência e contribui consideravelmente para a morbidade e a mortalidade. Estima-se que 3,8% das mortes e 4,6% dos anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo sejam decorrentes do álcool. Nos Estados Unidos, 80% dos adultos (idade igual ou superior a 18 anos) consumiram álcool alguma vez na vida, e 65% consomem álcool atualmente (nos últimos 12 meses). Estima-se que 3,6% da população mundial (15 a 64 anos de idade) apresente um transtorno por uso de álcool atual (12 meses), sendo

que uma prevalência menor (1,1%) é encontrada na África, uma taxa maior (5,2%) é encontrada nas Américas (Norte, Sul, Central e Caribe), e a taxa mais alta (10,9%) é encontrada na Europa Oriental.

Polimorfismos de genes das enzimas metabolizadoras da álcool desidrogenase e aldeído-desidrogenase são observados sobretudo em asiáticos e afetam a resposta ao álcool. Ao consumir a substância, indivíduos com essas variações genéticas podem exibir rubor na face e sentir palpitações, reações que podem ser tão graves a ponto de limitar ou impedir novas ingestões de álcool e reduzir o risco para transtorno por uso de álcool. Essas variações de genes são observadas em até 40% dos japoneses, chineses, coreanos e grupos relacionados em todo o mundo e estão associadas a menor risco de desenvolver o transtorno.

Apesar de pequenas variações quanto a itens individuais de cada critério, os critérios diagnósticos ajustam-se igualmente bem à maioria dos grupos raciais/étnicos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino apresentam taxas mais elevadas de consumo de álcool e de transtornos relacionados do que os do sexo feminino. Contudo, como estes geralmente pesam menos que aqueles, têm mais gordura e menos água no corpo e metabolizam menos álcool no esôfago e no estômago, estão mais propensos a desenvolver níveis elevados de álcool no sangue por ingestão. Indivíduos do sexo feminino cujo consumo é intenso também podem ser mais vulneráveis do que os do sexo masculino às consequências físicas associadas ao álcool, incluindo doença hepática.

Marcadores Diagnósticos

Indivíduos cujo consumo mais intenso os faz correr maior risco de transtorno por uso de álcool podem ser identificados tanto por questionários padronizados como por elevações nos exames de sangue provavelmente observadas com consumo mais intenso da substância. Essas medidas não estabelecem o diagnóstico de um transtorno relacionado ao álcool, mas podem ser úteis para selecionar indivíduos sobre os quais se devem obter mais informações. O teste mais direto disponível para medir o consumo de álcool por observação transversal é a *concentração de álcool no sangue*, que também pode ser usado para estabelecer a tolerância ao álcool. Por exemplo, pode-se presumir que um indivíduo com concentração de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangue que não demonstra sinais de intoxicação desenvolveu pelo menos um pouco de tolerância ao álcool. No patamar de 200 mg/dL, a maioria dos indivíduos sem tolerância demonstra intoxicação grave.

No que se refere a exames laboratoriais, um indicador sensível do consumo intenso é uma elevação modesta ou níveis elevados (superiores a 35 unidades) de gamaglutamiltransferase (GGT). Esse pode ser o único achado laboratorial. Pelo menos 70% dos indivíduos com nível elevado de GGT são consumidores persistentes de álcool em altas doses (i.e., ingerem regularmente oito ou mais doses diárias de bebidas alcoólicas). Um segundo exame com níveis comparáveis ou até maiores de sensibilidade e especificidade é o da transferrina deficiente em carboidrato (CDT), no qual níveis iguais ou superiores a 20 unidades ajudam a identificar os indivíduos que consomem regularmente oito doses ou mais por dia. Uma vez que os níveis de GGT e CDT retornam ao normal no período de alguns dias a semanas depois que o indivíduo para de beber, ambos os marcadores são úteis no controle da abstinência, especialmente quando o clínico observa aumentos em vez de quedas nesses valores ao longo do tempo – um achado que indica que a pessoa provavelmente retomou o consumo pesado. A combinação de CDT e GGT pode ter níveis ainda maiores de sensibilidade e especificidade do que cada um deles usado em separado. Outros exames úteis incluem o volume corpuscular médio (VCM), que pode estar elevado até valores acima dos normais em indivíduos que consomem álcool em demasia – uma alteração devida aos efeitos tóxicos diretos da substância sobre a eritropoiese. Embora o VCM possa ser usado para identificar os consumidores crônicos, trata-se de um método fraco de monitoração da abstinência em virtude da meia-vida longa dos eritrócitos. Os testes de função hepática (p. ex., alanina aminotransferase [ALT] e fosfatase alcalina) podem revelar danos hepáticos resultantes da ingestão maciça de álcool. Outros marcadores potenciais de consumo pesado que não são específicos para álcool, mas que podem auxiliar o clínico a pensar sobre possíveis efeitos da substância, incluem elevações nos níveis de lipídeos no sangue (p. ex., triglicerídeos e colesterol HDL) ou de ácido úrico.

Outros marcadores diagnósticos relacionam-se aos sinais e sintomas que refletem as consequências habitualmente associadas ao consumo pesado persistente de álcool. Por exemplo, dispepsia, náusea e edema podem acompanhar gastrite, e hepatomegalia, varizes esofágicas e hemorroidas podem refletir alterações no fígado induzidas por álcool. Outros sinais físicos de consumo intenso incluem tremor, instabilidade na marcha, insônia e disfunção erétil. Indivíduos do sexo masculino com transtorno por uso de álcool crônico podem exibir redução no tamanho dos testículos e efeitos feminilizantes associados a níveis reduzidos de testosterona. O consumo repetido e intenso de álcool em indivíduos do sexo feminino está associado a irregularidades menstruais e, durante a gestação, aborto espontâneo e síndrome alcoólica fetal. Indivíduos com história prévia de epilepsia ou traumatismo craniano grave estão mais propensos a desenvolver convulsões relacionadas ao álcool. A abstinência de álcool pode estar associada a náusea, vômitos, gastrite, hematêmese, boca seca, com edema no rosto e de manchada, e edema periférico discreto.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Álcool

As características diagnósticas do transtorno por uso de álcool destacam as principais áreas de funcionamento da vida que podem ficar prejudicadas. Entre elas estão a condução de veículos e a operação de máquinas, a escola e o trabalho, os relacionamentos e a comunicação interpessoais e a saúde. Transtornos relacionados ao álcool colaboram para absenteísmo no emprego, acidentes relacionados ao trabalho e baixa produtividade. As taxas são elevadas entre os sem-teto, talvez refletindo a queda vertiginosa no funcionamento social e profissional, embora a maioria dos indivíduos com transtorno por uso de álcool continue a viver com suas famílias e a trabalhar.

O transtorno por uso de álcool está associado a aumento significativo no risco de acidentes, violência e suicídio. Estima-se que uma em cada cinco admissões em UTIs em determinados hospitais urbanos esteja relacionada ao álcool e que 40% das pessoas nos Estados Unidos sofram um acidente relacionado à substância em algum momento de suas vidas, sendo esta responsável por até 55% dos acidentes de trânsito fatais. O transtorno grave por uso de álcool, especialmente em indivíduos com transtorno da personalidade antissocial, está associado a atos criminosos, incluindo homicídio. O uso problemático e grave da substância também contribui para desinibição e sentimentos de tristeza e irritabilidade, os quais colaboram para tentativas de suicídio e suicídios consumados.

A abstinência de álcool não prevista em indivíduos hospitalizados cujo diagnóstico de transtorno por uso da substância passou despercebido pode acrescentar riscos e custos de hospitalização e maior tempo de internação.

Diagnóstico Diferencial

Uso de álcool não patológico. O elemento principal do transtorno por uso de álcool é o uso de doses elevadas da substância que resultam em sofrimento significativo e repetido ou funcionamento prejudicado. Enquanto a maioria dos usuários às vezes consome álcool o suficiente para se sentir intoxicado, apenas uma minoria (menos de 20%) chega a desenvolver o transtorno. Portanto, a ingestão de bebidas alcoólicas, mesmo que diariamente, em pequenas doses, e intoxicação eventual não fecham, por si sós, esse diagnóstico.

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os sinais e sintomas do transtorno por uso de álcool são semelhantes aos observados no transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os dois devem ser distinguidos, entretanto, porque seu curso pode ser diferente, especialmente com relação a problemas médicos.

Transtorno da conduta na infância e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta. O transtorno por uso de álcool, em conjunto com outros transtornos por uso de substância, é observado na maioria dos indivíduos com personalidade antissocial e transtorno da conduta preexistente. Como esses diagnósticos estão associados a início precoce do transtorno por uso de álcool, bem como a pior prognóstico, é importante estabelecer ambas as condições.

Comorbidade

Transtornos bipolares, esquizofrenia e transtorno da personalidade antissocial estão associados a aumento acentuado da taxa de transtorno por uso de álcool, e vários transtornos depressivos e de ansiedade também podem estar relacionados ao transtorno por uso de álcool. Pelo menos uma parte da associação relatada entre depressão e transtorno por uso de álcool de moderado a grave pode ser atribuída a sintomas depressivos comórbidos induzidos por álcool de natureza temporária resultantes dos efeitos agudos de intoxicação ou abstinência. Intoxicação alcoólica repetida e grave também pode suprimir os mecanismos imunológicos e predispor os indivíduos a infecções e aumentar o risco de câncer.

Intoxicação por Álcool

Critérios Diagnósticos

A. Ingestão recente de álcool.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool.
C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de álcool:
   1. Fala arrastada.
   2. Incoordenação.
   3. Instabilidade na marcha.
   4. Nistagmo.
   5. Comprometimento da atenção ou da memória.
   6. Estupor ou coma.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **303.00**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de álcool. Se houver transtorno por uso de álcool leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F10.129**, e se houver transtorno por uso de álcool moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F10.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de álcool, então o código da CID-10-MC é **F10.929**.

Características Diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por álcool consiste na presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, julgamento prejudicado e comprometimento no funcionamento social ou profissional) que se desenvolvem durante ou logo após a ingestão de álcool (Critério B). Essas alterações são acompanhadas por evidências de prejuízo no funcionamento e no julgamento e, caso a intoxicação seja intensa, podem resultar em coma potencialmente letal. Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica (p. ex., cetoacidose diabética), não refletem condições como *delirium* e não estão relacionados à intoxicação por outras drogas ou fármacos depressores (p. ex., benzodiazepínicos) (Critério D). Os níveis de incoordenação podem interferir na capacidade de conduzir veículos e de realizar atividades habituais a ponto de causar acidentes. Evidências do uso de álcool podem ser obtidas a partir do odor alcoólico no hálito do indivíduo, da história do indivíduo ou de outro observador e, quando necessário, de material respiratório, sanguíneo ou urinário do indivíduo para análise toxicológica.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A intoxicação por álcool às vezes está associada a amnésia dos eventos que ocorreram durante o curso da intoxicação ("apagões"). Esse fenômeno pode estar relacionado à presença de nível eleva-

do de álcool no sangue e, talvez, à velocidade com que esse nível é atingido. Mesmo durante intoxicação por álcool leve, sintomas distintos são observados com frequência em diferentes momentos. Evidências de intoxicação por álcool leve podem ser observadas na maioria dos indivíduos após aproximadamente duas doses (a dose-padrão contém aproximadamente 10 a 12 gramas de etanol e eleva a concentração de álcool no sangue em cerca de 20 mg/dL). No início do período do consumo de álcool, quando os níveis da substância no sangue começam a se elevar, os sintomas frequentemente incluem loquacidade, sensação de bem-estar e humor alegre e expansivo. Mais tarde, sobretudo quando os níveis de álcool no sangue entram em queda, o indivíduo tende a tornar-se progressivamente mais deprimido, retraído e com prejuízos cognitivos. Com níveis de álcool no sangue muito elevados (p. ex., 200 a 300 mg/dL), uma pessoa que não desenvolveu tolerância tende a adormecer e entrar em um primeiro estágio anestésico. Níveis de álcool no sangue superiores (p. ex., excedendo 300 a 400 mg/dL) podem causar depressão respiratória e cardíaca e até mesmo a morte em indivíduos que não desenvolveram tolerância. A duração da intoxicação depende da quantidade e do intervalo de tempo da ingestão de álcool. Geralmente, o organismo é capaz de metabolizar cerca de uma dose por hora, de modo que o nível de álcool no sangue em geral diminui a uma razão de 15 a 20 mg/dL por hora. Os sinais e sintomas de intoxicação tendem a ser mais intensos quando o nível da substância no sangue está em ascensão do que quando está em queda.

A intoxicação por álcool contribui consideravelmente para o comportamento suicida. Parece haver aumento na taxa de comportamento suicida, bem como de suicídio consumado, entre pessoas intoxicadas por álcool.

Prevalência

A grande maioria dos usuários de álcool provavelmente ficou intoxicada em determinado grau alguma vez na vida. Por exemplo, em 2010, 44% dos estudantes do último ano do ensino médio admitiram ter ficado "embriagados no ano passado", sendo que mais de 70% dos estudantes universitários fizeram o mesmo relato.

Desenvolvimento e Curso

A intoxicação costuma ocorrer como um episódio que normalmente se desenvolve ao longo de minutos a horas e tem duração típica de várias horas, sendo que a prevalência mais alta ocorre entre os 18 e os 25 anos. A frequência e a intensidade costumam diminuir com o avanço da idade. Quanto mais cedo o início de intoxicações regulares, maior a probabilidade de que o indivíduo desenvolva transtorno por uso de álcool.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Episódios de intoxicação por álcool aumentam com as características da personalidade de busca de sensações e impulsividade.

Ambientais. Episódios de intoxicação por álcool aumentam em ambientes onde há consumo intenso de bebidas alcoólicas.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As questões principais colocam em paralelo diferenças culturais referentes ao uso do álcool de modo geral. Dessa forma, repúblicas de estudantes universitários podem encorajar intoxicação por álcool. Essa condição também é frequente em determinadas datas de importância cultural (p. ex., Ano Novo) e, no caso de alguns subgrupos, durante eventos específicos (p. ex., velórios após funerais). Outros subgrupos estimulam o consumo da substância em comemorações religiosas (p. ex., feriados judeus e católicos), enquanto outros desencorajam fortemente todo tipo de intoxicação e consumo de bebidas alcoólicas (p. ex., alguns grupos religiosos, como mórmons, cristãos fundamentalistas e muçulmanos).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Historicamente, em muitas sociedades ocidentais, o consumo de álcool e a embriaguez são mais tolerados em indivíduos do sexo masculino, mas diferenças de gênero como esta parecem ter-se tornado muito menos relevantes recentemente, sobretudo durante a adolescência e no início da idade adulta.

Marcadores Diagnósticos

A intoxicação normalmente é estabelecida por meio da observação do comportamento do indivíduo e do odor de álcool em seu hálito. O grau de intoxicação aumenta com o nível de álcool no sangue e no ar expirado e com a ingestão de outras substâncias, especialmente as que apresentam efeitos sedativos.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Álcool

A intoxicação por álcool contribui para mais de 30 mil mortes por ano relacionadas ao consumo dessa substância nos Estados Unidos. Além disso, a intoxicação por essa substância contribui para custos elevadíssimos associados à condução de veículos sob efeito de álcool, tempo perdido na escola ou no trabalho, bem como para discussões interpessoais e agressões físicas.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Várias condições médicas (p. ex., acidose diabética) e neurológicas (p. ex., ataxia cerebelar, esclerose múltipla) podem se assemelhar temporariamente à intoxicação por álcool.

Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A intoxicação por fármacos ou drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas ou por outras substâncias sedativas (p. ex., anti-histamínicos, anticolinérgicos) pode ser confundida com intoxicação por álcool. O diagnóstico diferencial requer a detecção de álcool no ar expirado, medição dos níveis de álcool no sangue e no ar expirado, solicitação de exames clínicos e obtenção de uma boa história. Os sinais e sintomas da intoxicação por sedativos e hipnóticos são muito semelhantes aos observados com álcool e incluem mudanças comportamentais ou psicológicas problemáticas semelhantes. Essas alterações são acompanhadas por evidências de prejuízo no funcionamento e no julgamento – que, conforme a intensidade, podem resultar em coma potencialmente letal – e níveis de incoordenação que podem interferir na capacidade de condução de veículos e desempenho de atividades habituais. Contudo, não há odor como no caso do álcool, mas provavelmente existam evidências de mau uso do fármaco depressor nas análises toxicológicas de sangue ou urina.

Comorbidade

A intoxicação por álcool pode ocorrer em comorbidade com intoxicação por outra substância, especialmente em indivíduos com transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial.

Abstinência de Álcool

Critérios Diagnósticos

A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.
B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool descrita no Critério A:
1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca maior que 100 bpm).
2. Tremor aumentado nas mãos.
3. Insônia.
4. Náusea ou vômitos.

5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
6. Agitação psicomotora.
7. Ansiedade.
8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Especificar se:

Com perturbações da percepção: Este especificador aplica-se aos raros casos em que alucinações (geralmente visuais ou táteis) ocorrem com teste de realidade intacto ou quando ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de *delirium*.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **291.81**. O código da CID-10-MC para abstinência de álcool sem perturbações da percepção é **F10.239**, e o código da CID-10-MC para abstinência de álcool com perturbações da percepção é **F10.232**. Observe que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de álcool moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de álcool pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de álcool moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de álcool leve comórbido com abstinência de álcool.

Especificadores

Quando ocorrem alucinações na ausência de *delirium* (i.e., em um sensório claro), deve-se considerar um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de álcool é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve no período de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool (Critérios A e B). A síndrome de abstinência inclui dois ou mais sintomas que refletem a hiperatividade autonômica e a ansiedade listadas no Critério B, em conjunto com sintomas gastrintestinais.

Os sintomas de abstinência causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica nem ser mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada), incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância (p. ex., abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) (Critério D).

Os sintomas podem ser aliviados por meio da administração de álcool ou benzodiazepínicos (p. ex., diazepam). Os sintomas de abstinência geralmente começam quando as concentrações sanguíneas de álcool declinam abruptamente (i.e., em 4 a 12 horas) depois que o uso de álcool foi interrompido ou reduzido. Refletindo o metabolismo relativamente rápido do álcool, a intensidade dos sintomas costuma atingir o auge durante o segundo dia de abstinência, e os sintomas tendem a melhorar acentuadamente no quarto ou quinto dia. Após abstinência aguda, entretanto, os sintomas de ansiedade, insônia e disfunção autonômica podem persistir durante um período de até 3 a 6 meses em níveis menores de intensidade.

Menos de 10% dos indivíduos que desenvolvem abstinência de álcool chegam a desenvolver sintomas drásticos (p. ex., hiperatividade autonômica grave, tremor, *delirium* por abstinência de álcool). Convulsões tônico-clônicas ocorrem em menos de 3% das pessoas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Embora confusão mental e alterações na consciência não sejam critérios para abstinência de álcool, *delirium* por abstinência de álcool (ver "*Delirium*" no capítulo "Transtornos Neurocognitivos") pode ocorrer no caso de abstinência. Assim como é válido para qualquer estado de confusão e agitação independentemente da causa, além de perturbação da consciência e da cognição, o *delirium* por

abstinência pode envolver alucinações visuais, táteis ou (raramente) auditivas (*delirium tremens*). Quando se desenvolve *delirium* por abstinência, provavelmente há uma condição médica clinicamente relevante (p. ex., insuficiência hepática, pneumonia, sangramento gastrintestinal, sequelas de traumatismo craniano, hipoglicemia e desequilíbrio eletrolítico ou estado pós-operatório).

Prevalência

Estima-se que aproximadamente 50% dos indivíduos altamente funcionais da classe média com transtorno por uso de álcool sofreram pelo menos uma vez uma síndrome de abstinência de álcool completa. Entre aqueles com transtorno por uso de álcool hospitalizados ou sem-teto, a taxa de abstinência de álcool pode ser superior a 80%. Menos de 10% das pessoas em abstinência demonstram *delirium* por abstinência de álcool ou convulsões.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência aguda de álcool ocorre na forma de episódio com duração de 4 a 5 dias e apenas após períodos prolongados de consumo pesado. A abstinência é relativamente rara em indivíduos com idade inferior a 30 anos, e o risco e a gravidade aumentam com a idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A probabilidade de desenvolver abstinência de álcool aumenta com a quantidade e com a frequência do consumo da substância. A maioria dos indivíduos com essa condição bebe diariamente e ingere grandes quantidades (aproximadamente mais de oito doses por dia) durante vários dias. Contudo, há grandes diferenças de uma pessoa para outra, sendo que há risco aumentado naquelas com condições médicas concomitantes, nas que tiveram abstinência anteriormente e em pessoas que consomem sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Marcadores Diagnósticos

Hiperatividade autonômica no caso de níveis de álcool no sangue moderadamente elevados, porém em queda, e história de consumo intenso prolongado de álcool indicam probabilidade de abstinência de álcool.

Consequências Funcionais da Abstinência de Álcool

Sintomas de abstinência podem ajudar a perpetuar o comportamento de ingestão alcoólica e contribuir para recaída, resultando em prejuízo persistente no funcionamento social e profissional. Os sintomas que requerem desintoxicação com supervisão médica resultam em utilização hospitalar e perda de produtividade no trabalho. De modo geral, a presença de abstinência está associada a maior prejuízo funcional e prognóstico desfavorável.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Os sintomas de abstinência de álcool também podem ser mimetizados por outras condições médicas (p. ex., hipoglicemia e cetoacidose diabética). Tremor essencial, um transtorno com padrão frequentemente familiar, pode sugerir equivocadamente os tremores associados à abstinência de álcool.

Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos produz uma síndrome muito semelhante à de abstinência de álcool.

Comorbidade

A ocorrência de abstinência é mais provável com a ingestão crônica de álcool e pode ser observada com mais frequência em indivíduos com transtorno da conduta e transtorno da personalidade

antissocial. Os estados de abstinência também são mais graves em indivíduos mais velhos, nos que também apresentam dependência de outras drogas/fármacos depressores (sedativo-hipnóticos) e naqueles que sofreram abstinência de álcool anteriormente.

Outros Transtornos Induzidos por Álcool

Os seguintes transtornos induzidos por álcool são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (ver transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por álcool ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno bipolar induzido por álcool ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por álcool ("Transtornos Depressivos"); transtorno de ansiedade induzido por álcool ("Transtornos de Ansiedade"); transtorno do sono induzido por álcool ("Transtornos do Sono-Vigília"); disfunção sexual induzida por álcool ("Disfunções Sexuais"); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por álcool ("Transtornos Neurocognitivos"). Para *delirium* por intoxicação por álcool e *delirium* por abstinência de álcool, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por álcool são diagnosticados em lugar de intoxicação por álcool ou abstinência de álcool apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Características

Os perfis de sintomas para uma condição induzida por álcool assemelham-se a transtornos mentais independentes conforme descrições em outras partes do DSM-5. Contudo, o transtorno induzido por álcool é temporário e constatado após intoxicação e/ou abstinência de álcool graves. Embora os sintomas possam ser idênticos aos daqueles de transtornos mentais independentes (p. ex., psicoses, transtorno depressivo maior), e também possam apresentar as mesmas consequências graves (p. ex., tentativas de suicídio), as condições induzidas por álcool tendem a melhorar sem tratamento formal em questão de dias a semanas após a interrupção da intoxicação grave e/ou da abstinência.

Cada um dos transtornos mentais induzidos por álcool está listado na seção diagnóstica relevante, e, portanto, é oferecida aqui apenas uma breve descrição. Transtornos induzidos por álcool devem ter-se desenvolvido no caso de intoxicação grave e/ou abstinência à substância capaz de produzir o transtorno mental. Além disso, são necessárias evidências de que o transtorno sob observação tenha pouca probabilidade de ser mais bem explicado por outro transtorno mental não induzido por álcool. Este último provavelmente irá ocorrer se o transtorno mental estava presente antes da intoxicação grave e/ou abstinência ou se tiver continuado mais de um mês após a cessação da intoxicação grave e/ou abstinência. Quando os sintomas forem observados apenas durante *delirium*, eles devem ser considerados parte do *delirium*, e não diagnosticados separadamente, já que diversos sintomas (incluindo perturbações no humor, ansiedade e teste de realidade) costumam ser observados durante estados de agitação e confusão. O transtorno induzido por álcool deve ser clinicamente relevante e causar níveis significativos de sofrimento ou prejuízo funcional considerável. Por fim, há indicações de que o consumo de substâncias de abuso no caso de um transtorno mental preexistente tende a resultar em intensificação da síndrome independente preexistente.

As características associadas a cada transtorno mental maior (p. ex., episódios psicóticos, transtorno depressivo maior) são semelhantes, sejam elas observadas com uma condição independente, sejam com uma condição induzida por álcool. Contudo, indivíduos com transtornos induzidos por álcool tendem a demonstrar também as características observadas com um transtorno por uso de álcool, conforme listado nas subseções deste capítulo.

As taxas de transtornos induzidos por álcool apresentam certa variação conforme a categoria diagnóstica. Por exemplo, o risco ao longo da vida de episódios depressivos maiores em indivíduos com transtorno por uso de álcool é de aproximadamente 40%, mas apenas cerca de um terço à metade destes representam síndromes depressivas maiores independentes observadas fora do contexto de intoxicação. Taxas semelhantes de condições de ansiedade e de sono induzidas por álcool são prováveis, mas episódios psicóticos induzidos por álcool são bastante raros.

Desenvolvimento e Curso

Uma vez presentes, os sintomas de uma condição induzida por álcool provavelmente permanecerão clinicamente relevantes enquanto o indivíduo continuar a sofrer intoxicação grave e/ou abstinência. Embora os sintomas sejam idênticos aos de transtornos mentais independentes (p. ex., psicoses, transtorno depressivo maior), e também apresentem as mesmas consequências graves (p. ex., tentativas de suicídio), todas as síndromes induzidas por álcool diferentes de transtorno neurocognitivo induzido por álcool, do tipo amnéstico confabulatório (transtorno amnéstico persistente induzido por álcool), independentemente da gravidade dos sintomas, tendem a melhorar de forma relativamente rápida e dificilmente se mantêm clinicamente relevantes por mais de um mês após a cessação de intoxicação grave e/ou abstinência.

Os transtornos induzidos por álcool são parte importante dos diagnósticos diferenciais para as condições mentais independentes. Esquizofrenia, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtornos de ansiedade, como transtorno de pânico, tendem a estar associados a sintomas com duração muito maior e frequentemente exigem medicamentos de longo prazo para otimizar a probabilidade de melhora ou de recuperação. As condições induzidas por álcool, entretanto, habitualmente apresentam duração muito menor e costumam desaparecer no período de vários dias a um mês após a cessação de intoxicação grave e/ou abstinência, mesmo sem medicamentos psicotrópicos.

A importância de se reconhecer um transtorno induzido por álcool assemelha-se à relevância de se identificar a possível função de determinadas condições endócrinas e reações a medicamentos antes de diagnosticar um transtorno mental independente. Em vista da alta prevalência de transtornos por uso de álcool em todo o mundo, é importante que esses diagnósticos induzidos por álcool sejam levados em consideração antes de se diagnosticar transtornos mentais independentes.

Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado

291.9 (F10.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado ao álcool que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado ao álcool específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados à Cafeína

Intoxicação por Cafeína
Abstinência de Cafeína
Outros Transtornos Induzidos por Cafeína
Transtorno Relacionado à Cafeína Não Especificado

Intoxicação por Cafeína

Critérios Diagnósticos **305.90 (F15.929)**

A. Consumo recente de cafeína (geralmente uma dose alta muito superior a 250 mg).
B. Cinco (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de cafeína:
   1. Inquietação.

2. Nervosismo.
3. Excitação.
4. Insônia.
5. Rubor facial.
6. Diurese.
7. Perturbação gastrintestinal.
8. Abalos musculares.
9. Fluxo errático do pensamento e do discurso.
10. Taquicardia ou arritmia cardíaca.
11. Períodos de energia inesgotável.
12. Agitação psicomotora.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Características Diagnósticas

A cafeína pode ser consumida a partir de uma variedade de fontes diferentes, entre elas café, chá, refrigerantes com cafeína, bebidas "energéticas", analgésicos sem prescrição médica e remédios para resfriados, complementos energéticos (p. ex., bebidas), complementos para perda de peso e chocolate. A cafeína também está sendo cada vez mais usada como aditivo em vitaminas e produtos alimentícios. Mais de 85% das crianças e adultos consomem cafeína regularmente. Alguns usuários de cafeína exibem sintomas compatíveis com uso problemático, incluindo tolerância e abstinência (ver "Abstinência de Cafeína" mais adiante neste capítulo); não há dados disponíveis no momento para determinar a relevância clínica de um transtorno por uso de cafeína e sua prevalência. Em contrapartida, há evidências de que a abstinência da substância e sua intoxicação são clinicamente significativas e suficientemente prevalentes.

A característica fundamental da intoxicação por cafeína consiste no consumo recente da substância e cinco ou mais sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após seu uso (Critérios A e B). Os sintomas incluem inquietação, nervosismo, excitação, insônia, rubor facial, diurese e queixas gastrintestinais, que podem ocorrer com doses baixas (p. ex., 200 mg) em indivíduos sensíveis, como crianças, idosos, ou em indivíduos que nunca haviam sido expostos anteriormente à cafeína. Os sintomas que geralmente aparecem em níveis superiores a 1 g/dia incluem abalos musculares, pensamentos e discurso com fluxo errático, taquicardia ou arritmia cardíaca, energia aumentada e agitação psicomotora. A intoxicação por cafeína pode não ocorrer mesmo com a ingestão de altas doses da substância devido ao desenvolvimento de tolerância. Os sinais ou sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sinais ou sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno de ansiedade) nem por intoxicação por outra substância (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Perturbações sensoriais leves (p. ex., zumbido nos ouvidos e *flashes* de luz) podem ocorrer com doses elevadas de cafeína. Embora altas doses da substância possam aumentar a frequência cardíaca, doses menores podem deixar o pulso mais lento. Não há confirmação de que o excesso de cafeína possa causar cefaleia. No exame físico, podem-se observar agitação, inquietação, sudorese, taquicardia, rubor facial e motilidade intestinal aumentada. Os níveis sanguíneos de cafeína podem fornecer informações importantes para o diagnóstico, especialmente quando o indivíduo não oferece uma história adequada, embora esses níveis não determinem, por si sós, o diagnóstico, tendo em vista a variação individual de resposta à cafeína.

Prevalência

A prevalência de intoxicação por cafeína na população em geral não está clara. Nos Estados Unidos, aproximadamente 7% dos indivíduos na população podem sofrer cinco ou mais sintomas em conjunto com prejuízo no funcionamento, compatíveis com um diagnóstico de intoxicação por cafeína.

Desenvolvimento e Curso

De forma consistente com a meia-vida da cafeína, de aproximadamente 4 a 6 horas, geralmente há remissão dos sintomas de intoxicação durante o(s) primeiro(s) dia(s), e não há nenhuma consequência de longo prazo conhecida. Contudo, indivíduos que consomem doses muito elevadas (i.e., 5-10 g) podem precisar de atenção médica imediata, uma vez que tais doses podem ser letais.

Com o avançar da idade, as reações à cafeína podem ser cada vez mais intensas, sendo que as queixas mais frequentes são interferência sobre o sono ou excitabilidade aumentada. Observou-se intoxicação por cafeína entre jovens após o consumo de produtos com alto teor de cafeína, incluindo bebidas energéticas. Crianças e adolescentes podem correr risco maior de intoxicação por cafeína devido ao baixo peso corporal, à ausência de tolerância e ao desconhecimento sobre os efeitos farmacológicos da substância.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A intoxicação por cafeína costuma ser observada entre indivíduos que a usam com menos frequência ou entre pessoas que recentemente aumentaram sua ingestão de modo substancial. Além disso, contraceptivos orais reduzem significativamente a eliminação de cafeína e, consequentemente, podem aumentar o risco de intoxicação.

Genéticos e fisiológicos. Fatores genéticos podem afetar o risco de intoxicação por cafeína.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Cafeína

Os prejuízos decorrentes da intoxicação por cafeína podem apresentar consequências graves, incluindo disfunção no trabalho ou na escola, indiscrições sociais ou fracasso em desempenhar papéis. Além disso, doses extremamente elevadas de cafeína podem ser fatais. Em alguns casos, a intoxicação pela substância pode precipitar um transtorno induzido por cafeína.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais. A intoxicação por cafeína pode se caracterizar por sintomas (p. ex., ataques de pânico) que se assemelham a transtornos mentais primários. Para satisfazer aos critérios de intoxicação por cafeína, os sintomas não podem estar associados a outra condição médica nem a outro transtorno mental, como transtorno de ansiedade, que poderiam explicá-los melhor. Episódios maníacos; transtorno de pânico; transtorno de ansiedade generalizada; intoxicação por anfetaminas; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou abstinência de tabaco; transtornos do sono; e efeitos colaterais induzidos por medicamentos (p. ex., acatisia) podem causar um quadro clínico semelhante ao da intoxicação por cafeína.

Outros transtornos induzidos por cafeína. A relação temporal entre os sintomas e a intensificação do uso de cafeína, ou de sua abstinência, ajuda a estabelecer o diagnóstico. A intoxicação por cafeína diferencia-se do transtorno de ansiedade induzido por cafeína com início durante a intoxicação (ver "Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento" no capítulo "Transtornos de Ansiedade") e do transtorno do sono induzido por cafeína com início durante a intoxicação (ver "Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento" no capítulo "Transtornos do Sono-Vigília") pelo fato de que os sintomas desses dois transtornos excedem os habitualmente associados à intoxicação por cafeína e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Comorbidade

Doses de cafeína típicas da alimentação não estiveram consistentemente associadas a problemas médicos. Contudo, o uso pesado (p. ex., superior a 400 mg) pode causar ou exacerbar sintomas somáticos e de ansiedade e desconforto gastrintestinal. No caso de doses extremamente elevadas e agudas de cafeína, convulsões tônico-clônicas e insuficiência respiratória podem resultar em morte. O uso excessivo da substância está associado a transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos alimentares, transtornos psicóticos e transtornos relacionados a substâncias, considerando que indivíduos com transtornos de ansiedade têm mais propensão a evitar a cafeína.

Abstinência de Cafeína

Critérios Diagnósticos **292.0 (F15.93)**

A. Uso diário prolongado de cafeína.
B. Cessação ou redução abrupta do uso de cafeína, seguida, no período de 24 horas, de três (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
   1. Cefaleia.
   2. Fadiga ou sonolência acentuadas.
   3. Humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade.
   4. Dificuldade de concentração.
   5. Sintomas gripais (náusea, vômitos ou dor/rigidez muscular).
C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. Os sinais ou sintomas não estão associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica (p. ex., enxaqueca, doença viral) nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de cafeína é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve após a interrupção (ou redução substancial) abrupta da ingestão diária prolongada de cafeína (Critério B). A síndrome de abstinência de cafeína é indicada por três ou mais dos seguintes (Critério B): cefaleia; fadiga ou sonolência acentuadas; humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade; dificuldade de concentração; e sintomas gripais (náusea, vômitos, dor/rigidez muscular). A síndrome de abstinência causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não devem estar associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

A cefaleia é a característica típica da abstinência de cafeína e pode ser difusa, de desenvolvimento gradual, latejante e sensível ao movimento. Contudo, outros sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer na ausência de cefaleia. A cafeína é a substância comportamentalmente ativa mais amplamente usada no mundo e está presente em diversos tipos de bebidas (p. ex., café, chá, mate, refrigerantes, refrescos, bebidas energéticas), alimentos, complementos energéticos, medicamentos e suplementos alimentares. Como sua ingestão costuma estar integrada a hábitos sociais e a rituais diários (p. ex., pausa para o cafezinho, chá da tarde), alguns consumidores podem não estar cientes de sua dependência física da substância, e, por isso, os sintomas de abstinência podem ser inesperados e atribuídos erroneamente a outras causas (p. ex., gripe, enxaqueca). Além disso, os sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer quando o indivíduo precisa abster-se de alimentos e bebidas antes de procedimentos médicos ou quando perde uma dose habitual da substância devido a uma mudança na rotina (p. ex., durante viagens, fins de semana).

A probabilidade e a gravidade da abstinência de cafeína geralmente aumentam como resultado da dose diária regular da substância. Contudo, há grande variação de uma pessoa para outra e em um mesmo indivíduo em diferentes episódios quanto a incidência, gravidade e duração dos sintomas de abstinência. Os sintomas de abstinência podem ocorrer após a interrupção abrupta de doses crônicas relativamente baixas da substância (i.e., 100 mg).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Demonstrou-se que a abstinência de cafeína está associada a comprometimento do desempenho comportamental e cognitivo (p. ex., atenção sustentada). Estudos eletrencefalográficos demonstraram que os sintomas de abstinência estão significativamente associados a aumentos na atividade teta e diminuições na atividade beta-2. Redução na motivação para trabalhar e diminuição na sociabilidade também foram relatadas durante a abstinência de cafeína. Documentou-se, ainda, aumento do uso de analgésicos durante a abstinência da substância.

Prevalência

Mais de 85% dos adultos e crianças nos Estados Unidos consomem cafeína regularmente, sendo que usuários adultos ingerem, em média, cerca de 280 mg/dia. A incidência e a prevalência da síndrome de abstinência de cafeína na população em geral não são claras. Nos Estados Unidos, pode ocorrer cefaleia em aproximadamente 50% dos casos de abstinência de cafeína. Na tentativa de interromper permanentemente o uso da substância, mais de 70% dos indivíduos podem sofrer pelo menos um sintoma de abstinência de cafeína (47% podem ter cefaleia), e 24% podem ter cefaleia acrescida de um ou mais sintomas, bem como deficiência funcional decorrente da abstinência. Entre os indivíduos que se abstêm de cafeína por pelo menos 24 horas, mas que não estão tentando interromper seu uso permanentemente, 11% podem ter cefaleia acrescida de um ou mais sintomas, bem como deficiência funcional. Os consumidores de cafeína podem diminuir a incidência de abstinência da substância ao usá-la diariamente ou com menos frequência (p. ex., sem exceder dois dias consecutivos). A redução gradual da cafeína ao longo de um período de dias ou semanas pode diminuir a incidência e a gravidade da abstinência.

Desenvolvimento e Curso

Os sintomas normalmente se iniciam 12 a 24 horas após a última dose de cafeína e atingem um pico depois de 1 ou 2 dias de abstinência. Os sintomas de abstinência de cafeína duram 2 a 9 dias, sendo que a possibilidade de cefaleias de abstinência ocorre em até 21 dias. Os sintomas costumam desaparecer rapidamente (entre 20 e 60 minutos) após nova ingestão de cafeína.

A característica única da cafeína consiste em ser a substância comportamentalmente ativa consumida por indivíduos de praticamente todas as faixas etárias. As taxas de consumo de cafeína e seu nível geral de consumo aumentam com a idade até a metade da faixa dos 30 anos e então se estabilizam. Embora a abstinência de cafeína em crianças e adolescentes tenha sido documentada, sabe-se relativamente pouco sobre os fatores de risco de abstinência de cafeína nessa faixa etária. O uso de bebidas energéticas com altos teores da substância está em ascensão entre jovens, o que pode aumentar o risco de abstinência.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Observou-se uso intenso de cafeína entre indivíduos com transtornos mentais, incluindo transtornos alimentares; fumantes; presidiários; e indivíduos que abusam de drogas e de álcool. Portanto, essas pessoas podem correr risco maior de abstinência de cafeína ao interromperem seu uso.

Ambientais. A falta de disponibilidade de cafeína é um fator de risco ambiental para sintomas incipientes de abstinência. Embora a cafeína seja legal e de ampla disponibilidade, há condições nas quais seu uso pode ser restringido, como durante procedimentos médicos, gestação, hospita-

lização, determinação religiosa, guerra, viagem e participação em pesquisas. Essas circunstâncias ambientais externas podem precipitar síndrome de abstinência em indivíduos suscetíveis.

Genéticos e fisiológicos. Fatores genéticos parecem aumentar a suscetibilidade à abstinência de cafeína, mas não foram identificados genes específicos.

Modificadores do curso. Os sintomas de abstinência de cafeína normalmente desaparecem após 30 a 60 minutos de nova ingestão da substância. Doses significativamente inferiores às doses diárias habituais podem ser suficientes para impedir ou atenuar os sintomas de abstinência (p. ex., consumo de 25 mg por um indivíduo que costuma consumir 300 mg).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Consumidores habituais de cafeína que fazem jejum por motivos religiosos podem correr maior risco de abstinência de cafeína.

Consequências Funcionais do Transtorno de Abstinência de Cafeína

Os sintomas de abstinência de cafeína podem variar de leves a extremos e por vezes causam prejuízo funcional nas atividades diárias normais. As taxas de comprometimento funcional variam de 10 a 55% (média de 13%), com valores que chegam a 73% entre indivíduos que também demonstram outras características problemáticas do uso de cafeína. Exemplos de comprometimento funcional incluem estar incapaz de trabalhar, fazer exercícios ou cuidar de crianças; ficar na cama o dia inteiro; perder ritos religiosos; abreviar as férias; e cancelar um encontro social. As cefaleias da abstinência de cafeína podem ser descritas pelos indivíduos como "as piores dores de cabeça" já vividas. Observou-se também decréscimo no desempenho cognitivo e motor.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos médicos e efeitos colaterais médicos. Vários transtornos devem ser considerados no diagnóstico diferencial de abstinência de cafeína. Ela pode mimetizar enxaqueca de outros transtornos da cefaleia, doenças virais, sinusites, tensão, estados de abstinência de outras drogas (p. ex., anfetaminas, cocaína) e efeitos colaterais de medicamentos. A determinação final de abstinência de cafeína deve se basear no estabelecimento do padrão e da quantidade de consumo, no intervalo de tempo entre a abstinência e o início dos sintomas e nas características clínicas específicas apresentadas pelo indivíduo. Uma dose de cafeína para teste de desafio seguida por remissão dos sintomas pode ser usada para confirmar o diagnóstico.

Comorbidade

A abstinência de cafeína pode estar associada a transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno da personalidade antissocial em adultos, transtorno por uso de álcool de moderado a grave e a uso de *Cannabis* e de cocaína.

Outros Transtornos Induzidos por Cafeína

Os seguintes transtornos induzidos por cafeína são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (ver transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno de ansiedade induzido por cafeína ("Transtornos de Ansiedade") e transtorno do sono induzido por cafeína ("Transtornos do Sono-Vigília"). Esses transtornos induzidos por cafeína são diagnosticados em lugar de intoxicação por cafeína ou abstinência de cafeína apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado à Cafeína Não Especificado

292.9 (F15.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado à cafeína que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado à cafeína específico nem para outro transtorno na classe de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a *Cannabis*

Transtorno por Uso de *Cannabis*
Intoxicação por *Cannabis*
Abstinência de *Cannabis*
Outros Transtornos Induzidos por *Cannabis*
Transtorno Relacionado a *Cannabis* Não Especificado

Transtorno por Uso de *Cannabis*

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de *Cannabis*, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. *Cannabis* é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de *Cannabis*.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de *Cannabis*, na utilização de *Cannabis* ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis*.
   5. Uso recorrente de *Cannabis,* resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso continuado de *Cannabis*, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de *Cannabis*.
   8. Uso recorrente de *Cannabis* em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
   9. O uso de *Cannabis* é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de *Cannabis* para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de *Cannabis*.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
      a. Síndrome de abstinência característica de *Cannabis* (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de *Cannabis*, p. 517-518).

b. *Cannabis* (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de *Cannabis* terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de *Cannabis* foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis"*, ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de *Cannabis* terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de *Cannabis* foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis* ", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a *Cannabis* é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por *Cannabis*, abstinência de *Cannabis* ou outro transtorno mental induzido por *Cannabis*, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de *Cannabis*. No caso, o transtorno por uso de *Cannabis* comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por *Cannabis* (ver a nota para codificação para intoxicação por *Cannabis*, abstinência de *Cannabis* ou um transtorno mental induzido por *Cannabis* específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis* e transtorno por uso de *Cannabis*, apenas o código para transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis* é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de *Cannabis* comórbido é leve, moderado ou grave: F12.180 para transtorno por uso de *Cannabis* leve com transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis* ou F12.280 para transtorno por uso de *Cannabis* moderado ou grave com transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*.

Especificar a gravidade atual:

305.20 (F12.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.30 (F12.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

As alterações na gravidade ao longo do tempo também podem se refletir em reduções na frequência (p. ex., dias de uso por mês ou quantas vezes usada por dia) e/ou dose (p. ex., quantidade usada por episódio) de *Cannabis*, conforme avaliação do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas cientes do caso, observações do clínico e exames biológicos.

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de *Cannabis* e os outros transtornos relacionados à subtância incluem problemas associados com substâncias derivadas da planta *Cannabis* e compostos sintéticos de composição química semelhante. Ao longo do tempo, esse material vegetal acumulou diversas denominações (p. ex., maconha, baseado, erva, bagulho, Maria Joana, *skunk, hemp*, ganja, fuminho, baura e outras). Um extrato concentrado da planta *Cannabis* também de uso comum é o haxixe. *Cannabis* é o termo genérico e talvez o mais adequado cientificamente para a(s) substância(s) psicoativa(s) derivada(s) da planta e, portanto, é usado neste Manual em referência a todas as formas de substâncias semelhantes a *Cannabis*, incluindo compostos canabinoides sintéticos.

Fórmulas orais sintéticas (pílulas/cápsulas) de delta-9-tetraidrocanabinol (delta-9-THC) estão disponíveis via receita para uma série de indicações médicas aprovadas (p. ex., para náusea e vômitos causados por quimioterapia; para anorexia e perda de peso em indivíduos com aids).

Outros compostos canabinoides sintéticos são fabricados e distribuídos para uso sem finalidades médicas na forma de material orgânico pulverizado com fórmula canabinoide (p. ex., K2, *Spice*, JWH-018, JWH-073).

Os canabinoides têm diversos efeitos sobre o cérebro, sendo que entre os mais proeminentes estão as ações sobre os receptores de canabinoides CB1 e CB2, que são encontrados em todo o sistema nervoso central. Os ligantes endógenos para esses receptores atuam essencialmente como neurotransmissores. A potência da *Cannabis* (concentração de delta-9-THC) que está geralmente disponível apresenta grande variação, desde 1% até aproximadamente 15% no material vegetal típico de *Cannabis* e de 10 a 20% no haxixe. Nas duas últimas décadas, observou-se um aumento constante na potência de *Cannabis* apreendida.

A *Cannabis* em geral é fumada por uma variedade de métodos: cachimbos (*pipes*), narguilés (*bongs*), cigarros (baseados, fininhos) ou, mais recentemente, no papel de charutos esvaziados (*blunts*). Às vezes, também é ingerida oralmente, a partir da mistura com alimentos. Mais recentemente, desenvolveram-se aparelhos nos quais a *Cannabis* é "vaporizada". A vaporização envolve o aquecimento do material vegetal para liberar canabinoides psicoativos para inalação. Assim como ocorre com outras substâncias psicoativas, o fumo (e a vaporização) geralmente produz um início mais rápido e experiência mais intensa dos efeitos desejados.

Indivíduos que usam *Cannabis* regularmente podem desenvolver todas as características diagnósticas gerais de um transtorno por uso de substância. O transtorno por uso de *Cannabis* é observado normalmente como o único transtorno por uso de substância desenvolvido pelo indivíduo; entretanto, também ocorre frequentemente de forma concomitante a outros tipos de transtornos por uso de substância (i.e., álcool, cocaína, opioide). Em casos nos quais são usados múltiplos tipos de substâncias, muitas vezes o indivíduo pode atribuir pouca importância aos sintomas relacionados a *Cannabis*, já que eles podem ser menos graves ou causar menos danos do que os diretamente relacionados ao uso das outras substâncias. Relatou-se tolerância farmacológica e comportamental à maioria dos efeitos da *Cannabis* em indivíduos que a usam persistentemente. De modo geral, perde-se a tolerância quando o uso é descontinuado durante um período de tempo significativo (i.e., durante pelo menos vários meses).

Uma novidade no DSM-5 é o reconhecimento de que a interrupção abrupta do uso diário ou quase diário de *Cannabis* frequentemente resulta no início de uma síndrome de abstinência da substância. Sintomas comuns de abstinência incluem irritabilidade, raiva ou agressividade, ansiedade, humor deprimido, inquietação, dificuldade em dormir e redução do apetite ou perda de peso. Embora não seja, em geral, grave como a abstinência de álcool ou de opiáceos, a síndrome de abstinência de *Cannabis* pode causar sofrimento significativo e contribuir para dificuldade em abandonar o hábito ou para a recaída entre as pessoas que tentam abster-se do uso.

Indivíduos com transtorno por uso de *Cannabis* podem usá-la o dia inteiro ao longo de um período de meses ou anos e, portanto, podem passar muitas horas por dia sob sua influência. Outros podem usá-la com menos frequência, mas seu consumo causa problemas recorrentes relacionados à família, à escola, ao trabalho ou a outras atividades importantes (p. ex., ausências repetidas ao trabalho; negligência de obrigações familiares). Uso periódico e intoxicação por *Cannabis* podem afetar de forma negativa o funcionamento comportamental e cognitivo e, dessa forma, interferir no desempenho no trabalho ou na escola ou colocar o indivíduo em maior risco físico ao desempenhar atividades que possam comprometer sua integridade física (p. ex., conduzir veículos, praticar determinados esportes; desempenhar atividades que requerem destreza manual, incluindo a operação de máquinas). Discussões com cônjuges ou pais sobre o uso de *Cannabis* em casa, ou seu uso na presença de crianças, podem ter impacto adverso sobre o funcionamento familiar e são características comuns a pessoas com o transtorno. Por último, indivíduos com transtorno por uso de *Cannabis* podem continuar o consumo apesar da consciência de problemas físicos (p. ex., tosse crônica relacionada ao fumo) ou problemas psicológicos (p. ex., sedação excessiva ou exacerbação de outros problemas de saúde mental) associados ao uso.

O fato de a *Cannabis* estar sendo usada ou não devido a motivos médicos legítimos também pode afetar o diagnóstico. Quando a substância é administrada conforme indicado para uma condição médica, os sintomas de tolerância e abstinência naturalmente irão ocorrer e não devem ser usados como critérios primários para determinar um diagnóstico de transtorno por uso de substância.

Mesmo que os usos médicos de *Cannabis* continuem sendo controversos e questionáveis, a utilização para circunstâncias médicas deve ser levada em consideração ao se estabelecer um diagnóstico.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos que usam *Cannabis* regularmente costumam relatar que a consomem para lidar com o humor, sono, dor ou outros problemas fisiológicos e psicológicos, e as pessoas diagnosticadas com transtorno por uso de *Cannabis* frequentemente apresentam outros transtornos mentais concomitantes. Uma avaliação criteriosa normalmente revela relatos de uso de *Cannabis* que contribuem para a exacerbação desses mesmos sintomas, bem como outras razões para o uso frequente (p. ex., para sentir euforia, para se esquecer dos problemas, em resposta à raiva, como uma atividade social prazerosa). Com relação a essa questão, alguns indivíduos que consomem *Cannabis* várias vezes durante o dia não reconhecem (e portanto não relatam) que passam uma quantidade excessiva de tempo sob a influência da substância, intoxicados ou se recuperando de seus efeitos, durante a maior parte do tempo, na maioria dos dias. Um marcador importante de um diagnóstico de transtorno por uso de substância, especialmente em casos mais leves, é o uso contínuo apesar de um risco evidente de consequências negativas a outras atividades valorizadas ou relacionamentos (p. ex., escola, trabalho, atividade esportiva, relacionamento com companheiro ou com os pais).

Devido ao fato de que alguns usuários de *Cannabis* estão motivados a minimizar a quantidade ou a frequência de uso, é importante estar ciente dos sinais e sintomas habituais de consumo e de sua intoxicação para melhor avaliar a extensão do uso. Como ocorre com outras substâncias, usuários mais experientes de *Cannabis* desenvolvem tolerância comportamental e farmacológica a ponto de tornar difícil a identificação de quando estão sob sua influência. Sinais de uso agudo e crônico incluem olhos vermelhos (conjuntivas hiperêmicas), odor de *Cannabis* nas roupas, pontas dos dedos amareladas (de fumar baseados), tosse crônica, uso de incenso (para mascarar o odor), fissura exagerada e desejo de determinados alimentos, às vezes em momentos incomuns do dia ou da noite.

Prevalência

Os canabinoides, especialmente a *Cannabis*, são as substâncias psicoativas ilícitas mais amplamente usadas nos Estados Unidos. A prevalência de 12 meses do transtorno por uso de *Cannabis* (combinação dos índices de abuso e de dependência do DSM-IV) é de 3,4% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 1,5% entre adultos a partir dos 18 anos. As taxas do transtorno são maiores entre homens adultos (2,2%) do que entre mulheres adultas (0,8%) e entre meninos dos 12 aos 17 anos (3,8%) do que entre meninas na mesma faixa etária (3%). As taxas de prevalência de 12 meses do transtorno por uso de *Cannabis* entre adultos se reduzem com a idade, sendo que os índices são mais elevados na faixa dos 18 aos 29 anos (4,4%) e mais baixos entre indivíduos a partir dos 65 anos (0,01%). A prevalência elevada do transtorno por uso de *Cannabis* provavelmente reflete o uso muito mais disseminado da *Cannabis* em relação a outras drogas ilícitas em vez de um potencial maior de adição.

Diferenças étnicas e raciais na prevalência são moderadas. Prevalências de 12 meses do transtorno por uso de *Cannabis* têm grande variação de um subgrupo racial/étnico para outro nos Estados Unidos. Na faixa dos 12 aos 17 anos, os índices mais elevados estão entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (7,1%) em comparação a hispânicos (4,1%), brancos (3,4%), afro-americanos (2,7%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,9%). Entre adultos, a prevalência do transtorno por uso de *Cannabis* também é mais elevada entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (3,4%) com relação aos índices entre afro-americanos (1,8%), brancos (1,4%), hispânicos (1,2%) e asiáticos e nativos das ilhas do Pacífico (1,2%). Na última década, a prevalência do transtorno aumentou entre adultos e adolescentes. As diferenças de gênero quanto ao transtorno geralmente correspondem às diferenças presentes em outros transtornos por uso de substância. O transtorno por uso de *Cannabis* é observado com mais frequência no sexo masculino, embora a magnitude dessa diferença seja menor entre adolescentes.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno por uso de *Cannabis* pode ocorrer a qualquer momento durante ou após a adolescência, mas é mais comum durante a adolescência ou no começo da idade adulta. Embora seja muito menos frequente, o início do transtorno na pré-adolescência ou a partir do fim da faixa dos 20 anos pode ocorrer. A recente aceitação por parte da população do uso e a disponibilidade da "maconha medicinal" podem aumentar a taxa de início do transtorno entre adultos mais velhos.

Geralmente, o transtorno por uso de *Cannabis* desenvolve-se no decorrer de um longo período, embora a progressão possa ser mais rápida em adolescentes, sobretudo entre os que apresentam problemas globais da conduta. A maioria das pessoas que desenvolvem um transtorno por uso de *Cannabis* em geral estabelece um padrão de consumo que aumenta gradualmente tanto em frequência quanto em quantidade. *Cannabis*, em conjunto com tabaco e álcool, é tradicionalmente a primeira substância experimentada por adolescentes. Muitos veem seu uso como menos prejudicial do que o uso de álcool ou de tabaco, e essa percepção provavelmente contribui para o aumento do consumo. Além disso, a intoxicação por *Cannabis* não resulta em disfunções comportamentais e cognitivas tão graves como na intoxicação significativa por álcool, o que pode aumentar a probabilidade de uso mais frequente em situações mais variadas do que ocorre com o álcool. Possivelmente esses fatores contribuam para a transição potencialmente rápida do uso da substância para um transtorno por uso de *Cannabis* entre alguns adolescentes e o padrão comum de uso ao longo do dia que é habitualmente observado entre as pessoas com transtorno por uso de *Cannabis* mais grave.

O transtorno entre pré-adolescentes, adolescentes e adultos jovens expressa-se geralmente como uso excessivo com pares que faz parte do padrão de outros comportamentos delinquentes normalmente associados a problemas de conduta. Casos mais leves refletem sobretudo o uso contínuo apesar dos problemas evidentes relacionados à desaprovação do uso por outros pares, pela administração da escola ou pela família, o que coloca o jovem em risco de sofrer consequências físicas ou comportamentais. Nos casos mais graves, há progressão para o uso solitário ou ao longo do dia, de forma que o consumo interfere no funcionamento diário e assume o lugar de atividades pró-sociais estabelecidas anteriormente.

No caso de usuários adolescentes, observam-se com mais frequência alterações na estabilidade do humor, no nível de energia e nos padrões de alimentação. Esses sinais e sintomas provavelmente decorrem dos efeitos diretos do uso de *Cannabis* (intoxicação) e dos efeitos subsequentes após intoxicação aguda (tornando-se deprimido), bem como das tentativas de dissimular o uso. Problemas relacionados à escola estão normalmente associados ao transtorno por uso de *Cannabis* em adolescentes, em particular queda acentuada nas notas, absenteísmo e menor interesse nas atividades e nos resultados gerais escolares.

O transtorno por uso de *Cannabis* entre adultos comumente envolve padrões bem estabelecidos de uso diário da substância que continuam apesar de problemas médicos ou psicossociais evidentes. Muitos adultos experienciaram o desejo de parar repetidamente ou não obtiveram sucesso após repetidas tentativas em cessar o uso. Casos mais leves na idade adulta podem assemelhar-se aos casos adolescentes mais comuns nos quais o uso de *Cannabis* não é tão frequente nem tão pesado, mas continua apesar de consequências potencialmente significativas do uso sustentado. A taxa de uso entre adultos de meia-idade e adultos mais velhos parece estar aumentando, provavelmente devido a um efeito de coorte resultante da alta prevalência de uso no fim dos anos de 1960 e nos anos de 1970.

O início precoce do uso de *Cannabis* (p. ex., antes dos 15 anos de idade) é um preditor robusto de desenvolvimento do transtorno por uso de *Cannabis* e outros tipos de transtornos por uso de substância e transtornos mentais durante o início da idade adulta. Um início tão precoce provavelmente está relacionado a outros problemas externalizantes concomitantes, em especial sintomas de transtorno da conduta. Contudo, o início precoce também é um indicador de problemas internalizantes e, como tal, provavelmente reflete um fator de risco geral para o desenvolvimento de transtornos de saúde mental.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. História de transtorno da conduta na infância ou adolescência e de transtorno da personalidade antissocial é fator de risco para o desenvolvimento de vários transtornos

relacionados a substâncias, incluindo transtornos relacionados a *Cannabis*. Outros fatores de risco incluem transtornos externalizantes ou internalizantes durante a infância ou adolescência. Jovens com pontuação elevada de desinibição comportamental mostram transtornos por uso de substância com início precoce, incluindo transtorno por uso de *Cannabis*, envolvimento com múltiplas substâncias e problemas precoces de conduta.

Ambientais. Fatores de risco incluem fracasso acadêmico, tabagismo, situação familiar instável ou violenta, uso de *Cannabis* por familiares imediatos, história familiar de transtorno por uso de substância e baixo nível socioeconômico. Como ocorre com todas as substâncias de abuso, a facilidade de acesso à substância consiste em fator de risco; *Cannabis* é relativamente fácil de se obter na maioria das culturas, o que aumenta o risco de desenvolver um transtorno relacionado a seu uso.

Genéticos e fisiológicos. Influências genéticas contribuem para o desenvolvimento de transtornos por uso de *Cannabis*. Fatores hereditários contribuem de 30 a 80% para a variância total no risco de transtorno por uso de *Cannabis*. Deve-se notar que as influências genéticas comuns e as influências ambientais compartilhadas entre os transtornos por uso de *Cannabis* e outros tipos de transtornos por uso de substâncias sugerem uma base genética comum para o uso de substâncias e problemas de conduta na adolescência.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Cannabis é provavelmente a substância ilícita de uso mais comum em todo o mundo. A ocorrência de transtorno por uso da substância entre países é desconhecida, mas as taxas de prevalência tendem a ser semelhantes em países desenvolvidos. Ela está frequentemente entre as primeiras drogas de experimentação (geralmente na adolescência) de todos os grupos culturais nos Estados Unidos.

A aceitação da *Cannabis* com fins medicinais varia muito dentro de uma mesma cultura e de uma cultura para outra. Fatores culturais (aceitação e situação legal) que podem ter impacto sobre o diagnóstico estão relacionados a consequências diferentes nas culturas quanto à identificação do uso (p. ex., prisão, suspensão da escola ou do trabalho). A mudança geral nos critérios diagnósticos de transtorno por uso de substância do DSM-IV para o DSM-5 (i.e., remoção do critério de recorrência de problemas legais relacionados à substância) mitigou, de certo modo, essa preocupação.

Marcadores Diagnósticos

Exames biológicos para metabólitos de canabinoides são úteis para determinar se um indivíduo usou *Cannabis* recentemente. Esses exames ajudam a estabelecer um diagnóstico, especialmente em casos mais leves, se um indivíduo nega o uso enquanto outras pessoas (família, colegas de trabalho ou de escola) manifestam preocupação quanto a um problema decorrente do uso da substância. Como canabinoides são lipossolúveis, eles permanecem nos líquidos corporais durante períodos prolongados de tempo e são eliminados lentamente. É necessária competência de especialista nos métodos de exame de urina para interpretar resultados de maneira confiável.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de *Cannabis*

As consequências funcionais do transtorno por uso de *Cannabis* fazem parte dos critérios diagnósticos. Muitas áreas relacionadas ao funcionamento psicossocial, cognitivo e à saúde podem ficar comprometidas como resultado do transtorno por uso da substância. A função cognitiva, especialmente a função executiva superior, parece ficar comprometida nos usuários de *Cannabis*, e, aparentemente, essa relação depende da dosagem (tanto na forma aguda como na crônica), o que pode contribuir para uma dificuldade cada vez maior na escola ou no trabalho. O uso de *Cannabis* foi relacionado à redução de atividades pró-sociais dirigidas a objetivos, o que chegou a ser denominado como *síndrome amotivacional*, que se manifesta por meio do baixo desempenho escolar e de problemas no trabalho. Tais problemas podem estar relacionados a intoxicação global ou a recuperação dos efeitos da intoxicação. De forma semelhante, o relato de problemas com relacionamentos sociais associados a *Cannabis* é bastante comum naqueles que apresentam o transtorno. Acidentes decorrentes do envolvimento em comportamentos potencialmente perigo-

sos durante a influência da droga (p. ex., atividades esportivas, recreativas ou laborais e condução de veículos) são também preocupantes. A fumaça da *Cannabis* contém altos níveis de compostos carcinogênicos que colocam usuários crônicos sob risco de doenças respiratórias semelhantes às que ocorrem em fumantes de tabaco. O uso crônico da substância pode contribuir para o início ou exacerbação de vários outros transtornos mentais. Em especial, manifestou-se preocupação sobre o uso de *Cannabis* como fator causal para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. O uso da substância pode contribuir para o início de um episódio psicótico agudo, pode exacerbar determinados sintomas e pode afetar de forma negativa o tratamento de uma doença psicótica maior.

Diagnóstico Diferencial

Uso não problemático de *Cannabis*. Estabelecer a distinção entre o uso não problemático de *Cannabis* e o transtorno por uso da substância pode ser complicado, porque pode ser difícil atribuir problemas sociais, comportamentais ou psicológicos à substância, especialmente no caso de uso de outras substâncias. Ao mesmo tempo, a negação de uso pesado de *Cannabis* e do fato de que ela esteja relacionada ou envolvida na causa de problemas substanciais é comum entre indivíduos que foram encaminhados ao tratamento por outros (i.e., escola, família, empregador, sistema judiciário).

Outros transtornos mentais. O transtorno induzido por *Cannabis* pode ser caracterizado por sintomas (p. ex., ansiedade) que se assemelham a transtornos mentais primários (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada *versus* transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*, com ansiedade generalizada, com início durante a intoxicação). O consumo crônico de *Cannabis* pode produzir uma falta de motivação que se assemelha ao transtorno depressivo persistente (distimia). Reações adversas agudas a *Cannabis* devem ser distinguidas dos sintomas de transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno delirante, transtorno bipolar ou esquizofrenia do tipo paranoide. O exame físico normalmente mostra aumento da frequência cardíaca e hiperemia das conjuntivas. Exames toxicológicos de urina podem auxiliar no estabelecimento do diagnóstico.

Comorbidade

A *Cannabis* sempre foi encarada como uma droga de "entrada" porque indivíduos que a consomem de modo frequente apresentam uma probabilidade muito maior de usar substâncias normalmente consideradas mais perigosas, como opioides ou cocaína, ao longo da vida do que não usuários. O uso de *Cannabis* e o transtorno por uso de *Cannabis* são altamente comórbidos com outros transtornos por uso de substâncias. Condições mentais concomitantes são comuns no transtorno por uso de *Cannabis*. Seu uso foi associado a baixa satisfação com a vida; aumento na necessidade de tratamentos de saúde mental e hospitalização; e taxas mais altas de depressão, transtornos de ansiedade, tentativas de suicídio e transtorno da conduta. Indivíduos com transtorno por uso de *Cannabis* no último ano ou ao longo da vida apresentam taxas elevadas de transtorno por uso de álcool (superior a 50%) e transtorno por uso de tabaco (53%). As taxas de transtornos por uso de outras substâncias também tendem a ser elevadas entre indivíduos com transtorno por uso de *Cannabis*. Entre as pessoas que buscam tratamento para transtorno por uso de *Cannabis*, 74% relatam uso problemático de uma segunda ou terceira substância: álcool (40%), cocaína (12%), metanfetamina (6%) e heroína ou outros opiáceos (2%). Entre os jovens com idade inferior a 18 anos, 61% relataram uso problemático de uma segunda substância: álcool (48%), cocaína (4%), metanfetamina (2%) e heroína ou outros opiáceos (2%). Observa-se também o transtorno por uso de *Cannabis* como problema secundário entre indivíduos com um diagnóstico primário de outros transtornos por uso de substância, sendo que aproximadamente 25 a 80% das pessoas em tratamento para transtorno por uso de outra substância relatam uso de *Cannabis*.

Indivíduos com diagnóstico de transtorno por uso de *Cannabis* no ano anterior ou ao longo da vida também apresentam índices elevados de transtornos mentais concomitantes diferentes de transtornos por uso de substância. Transtorno depressivo maior (11%), um transtorno de ansiedade (24%) e transtorno bipolar tipo I (13%) são bastante comuns entre indivíduos com um diagnóstico de transtorno por uso de *Cannabis* no ano anterior, bem como transtornos da perso-

nalidade antissocial (30%), obsessivo-compulsiva (19%) e paranoide (18%). Cerca de 33% dos adolescentes com transtorno por uso de *Cannabis* apresentam transtornos internalizantes (p. ex., ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático), e 60% têm transtornos externalizantes (p. ex., transtorno da conduta, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade).

Embora o uso de *Cannabis* possa ter impacto sobre múltiplos aspectos do funcionamento humano normal, incluindo os sistemas cardiovascular, imunológico, neuromuscular, ocular, reprodutivo e respiratório, bem como sobre o apetite e a cognição/percepção, há poucas condições médicas evidentes que costumam ocorrer de forma concomitante ao transtorno por uso de *Cannabis*. Os efeitos mais significativos da substância sobre a saúde envolvem o sistema respiratório, e fumantes crônicos de *Cannabis* exibem taxas elevadas de sintomas respiratórios de bronquite, produção de escarro, falta de ar e sibilos.

Intoxicação por *Cannabis*

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de *Cannabis*.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., prejuízo na coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de lentidão do tempo, julgamento prejudicado, retraimento social) desenvolvidas durante ou logo após o uso de *Cannabis*.
C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos no período de 2 horas após o uso de *Cannabis*:
   1. Conjuntivas hiperemiadas.
   2. Apetite aumentado.
   3. Boca seca.
   4. Taquicardia.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar se:

Com perturbações da percepção: Alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de *delirium*.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de *Cannabis* e de haver ou não perturbações da percepção.

Para intoxicação por *Cannabis*, sem perturbações da percepção: Se um transtorno por uso de *Cannabis* leve for comórbido, o código da CID-10-MC é **F12.129**, e se um transtorno por uso de *Cannabis* moderado ou grave for comórbido, o código da CID-10-MC é **F12.229**. Se não houver transtorno por uso de *Cannabis* comórbido, então o código da CID-10-MC é **F12.929**.

Para intoxicação por *Cannabis*, com perturbações da percepção: Se um transtorno por uso de *Cannabis* leve for comórbido, o código da CID-10-CM é **F12.122**, e se um transtorno por uso de *Cannabis* moderado ou grave for comórbido, o código da CID-10-CM é **F12.222**. Se não houver transtorno por uso de *Cannabis* comórbido, então o código da CID-10-CM é **F12.922**.

Especificadores

Quando alucinações ocorrem na ausência de teste de realidade intacto, deve-se considerar um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Características Diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por *Cannabis* é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas e clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância (Critério B). A intoxicação geralmente se inicia com um "barato", seguido de sintomas que incluem euforia, com risos inadequados ou ideias de grandeza, seda-

ção, letargia, comprometimento da memória de curto prazo, dificuldade na execução de processos mentais complexos, julgamento prejudicado, percepções sensoriais distorcidas, prejuízo no desempenho motor e sensação de lentidão do tempo. Às vezes, ocorrem ansiedade (que pode ser grave), disforia ou retraimento social. Esses efeitos psicoativos são acompanhados por dois ou mais dos seguintes sinais, desenvolvidos no prazo de 2 horas após o uso de *Cannabis*: conjuntivas hiperemiadas, apetite aumentado, boca seca e taquicardia (Critério C).

A intoxicação desenvolve-se em minutos se a *Cannabis* for fumada, mas pode levar algumas horas se for ingerida por via oral. Os efeitos em geral duram de 3 a 4 horas, mas podem ser mais prolongados quando a substância é consumida por via oral. A magnitude das alterações comportamentais e fisiológicas depende da dose, do método de administração e das características do usuário, tais como taxa de absorção, tolerância e sensibilidade a seus efeitos. Uma vez que a maioria dos canabinoides, incluindo o delta-9-tetraidrocanabinol (delta-9-THC), é lipossolúvel, os efeitos da *Cannabis* ou do haxixe podem às vezes persistir ou apresentar recorrência por um período de 12 a 24 horas, devido a uma lenta liberação das substâncias psicoativas do tecido adiposo ou para a circulação êntero-hepática.

Prevalência

A prevalência de episódios reais de intoxicação por *Cannabis* na população em geral é desconhecida. Contudo, é provável que a maioria dos usuários da substância, em algum momento, satisfaça os critérios para intoxicação por *Cannabis*, e, portanto, a prevalência de usuários de *Cannabis* e a prevalência de indivíduos que sofrem intoxicação pela substância provavelmente sejam semelhantes.

Consequências Funcionais da Intoxicação por *Cannabis*

Os prejuízos decorrentes da intoxicação por *Cannabis* podem apresentar consequências graves, incluindo disfunção no trabalho ou na escola, indiscrições sociais, incapacidade de cumprir obrigações, acidentes de trânsito e sexo sem proteção. Em casos raros, a intoxicação por *Cannabis* pode precipitar psicose com duração variável.

Diagnóstico Diferencial

Observe que, se a apresentação clínica incluir alucinações na ausência de teste de realidade intacto, deve-se considerar um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por *Cannabis* pode se assemelhar à intoxicação por outros tipos de substâncias. Contudo, diferentemente da intoxicação por *Cannabis*, a intoxicação por álcool e por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos frequentemente reduz o apetite, aumenta o comportamento agressivo e produz nistagmo ou ataxia. Alucinógenos em baixas doses podem causar um quadro clínico que se assemelha à intoxicação por *Cannabis*. Fenciclidina, assim como *Cannabis*, pode ser fumada e também causa alterações na percepção, mas a intoxicação por ela causada tem muito mais probabilidade de levar a ataxia e comportamento agressivo.

Outros transtornos induzidos por *Cannabis*. A intoxicação por *Cannabis* é distinta de outros transtornos induzidos por *Cannabis* (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis* com início durante a intoxicação) porque os sintomas destes últimos predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Abstinência de *Cannabis*

Critérios Diagnósticos **292.0 (F12.288)**

A. Cessação do uso pesado e prolongado de *Cannabis* (i.e., normalmente uso diário ou quase diário durante um período mínimo de alguns meses).

B. Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas, desenvolvidos no prazo de aproximadamente uma semana após o Critério A:
   1. Irritabilidade, raiva ou agressividade.
   2. Nervosismo ou ansiedade.
   3. Dificuldade em dormir (insônia, sonhos perturbadores).
   4. Apetite reduzido ou perda de peso.
   5. Inquietação.
   6. Humor deprimido.
   7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causa desconforto significativo: dor abdominal, tremor, sudorese, febre, calafrios ou cefaleia.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é 292.0. O código da CID-10-MC para abstinência de *Cannabis* é F12.288. Observe que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de *Cannabis* moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de *Cannabis* pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de *Cannabis* moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de *Cannabis* leve comórbido com abstinência de *Cannabis*.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de *Cannabis* é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve após a cessação ou redução substancial do uso pesado e prolongado da substância. Além dos sintomas do Critério B, podem-se também observar os seguintes no período pós-abstinência: fadiga, bocejos, dificuldade de concentração, períodos de rebote de aumento no apetite e hipersonia que se seguem a períodos iniciais de perda de apetite e insônia. Para o diagnóstico, os sintomas de abstinência devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Muitos usuários de *Cannabis* relatam fumá-la ou consumir outras substâncias para aliviar os sintomas de abstinência, e muitos relatam que os sintomas de abstinência tornam difícil o abandono do hábito e contribuem para a recaída. Os sintomas em geral não são suficientemente graves a ponto de exigir atenção médica, mas estratégias medicamentosas ou comportamentais podem ajudar a aliviar os sintomas e melhorar o prognóstico dos indivíduos que estão tentando abandonar o hábito.

A abstinência de *Cannabis* é habitualmente observada em pessoas que buscam tratamento para uso da substância e também em usuários crônicos de *Cannabis* que não buscam tratamento. Entre os indivíduos que a consomem regularmente durante um período de suas vidas, até um terço relata ter sofrido abstinência. Entre adultos e adolescentes sob tratamento ou usuários crônicos, 50 a 95% relatam abstinência de *Cannabis*. Esses achados indicam que a abstinência da substância ocorre em um substancial subgrupo de usuários regulares de *Cannabis* que tentam abandonar o hábito.

Desenvolvimento e Curso

A quantidade, a duração e a frequência do fumo de *Cannabis* necessárias para produzir um transtorno de abstinência associado durante uma tentativa de abandono do hábito são desconhecidas. A maioria dos sintomas se inicia nas primeiras 24 a 72 horas da interrupção, chega a um pico na primeira semana e dura aproximadamente 1 a 2 semanas. As dificuldades com o sono podem durar mais de 30 dias. Documentou-se abstinência de *Cannabis* entre adolescentes e adultos. A abstinência tende a ser mais comum e grave em adultos, provavelmente relacionada a frequência e quantidade maiores e mais persistentes de uso entre essa faixa etária.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Há grande probabilidade de que a prevalência e a gravidade da abstinência de *Cannabis* sejam maiores entre usuários crônicos e especialmente entre os que buscam tratamento para transtornos por uso da substância. A gravidade da abstinência também parece estar positivamente relacionada à gravidade dos sintomas comórbidos de transtornos mentais.

Consequências Funcionais da Abstinência de *Cannabis*

Usuários de *Cannabis* relatam usar a substância para aliviar sintomas de abstinência, o que sugere que a abstinência possa contribuir para a expressão contínua do transtorno. Resultados piores podem estar associados com a abstinência mais intensa. Uma proporção considerável de adultos e de adolescentes sob tratamento para transtorno por uso de *Cannabis* moderado a grave reconhecem sintomas de abstinência de moderados a graves, e muitos se queixam de que esses sintomas tornam a cessação mais difícil. Usuários de *Cannabis* relatam recaída ou início do uso de outras drogas ou fármacos (p. ex., tranquilizantes) para proporcionar alívio dos sintomas de abstinência. Por último, pessoas que vivem com usuários de *Cannabis* observam efeitos de abstinência significativos, o que sugere que esses sintomas atrapalham o cotidiano.

Diagnóstico Diferencial

Como muitos dos sintomas da abstinência de *Cannabis* também são sintomas de outras síndromes de abstinência ou de transtornos depressivos ou bipolares, uma avaliação criteriosa deve se concentrar em assegurar que os sintomas não sejam mais bem explicados pela interrupção do consumo de outra substância (p. ex., abstinência de tabaco ou álcool), por outro transtorno mental (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior) ou por outra condição médica.

Outros Transtornos Induzidos por *Cannabis*

Os seguintes transtornos induzidos por *Cannabis* são descritos em outros capítulos do Manual juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (ver transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por *Cannabis* ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis* ("Transtornos de Ansiedade"); e transtorno do sono induzido por *Cannabis* ("Transtornos do Sono-Vigília"). Para *delirium* por intoxicação por *Cannabis*, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por *Cannabis* são diagnosticados em lugar de intoxicação por *Cannabis* ou abstinência de *Cannabis* quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a *Cannabis* Não Especificado

292.9 (F12.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a *Cannabis* que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a *Cannabis* específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Alucinógenos

Transtorno por Uso de Fenciclidina
Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos
Intoxicação por Fenciclidina
Intoxicação por Outros Alucinógenos
Transtorno Persistente da Percepção Induzido por Alucinógenos
Outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina
Outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos
Transtorno Relacionado a Fenciclidina Não Especificado
Transtorno Relacionado a Alucinógenos Não Especificado

Transtorno por Uso de Fenciclidina

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão de uso de fenciclidina (ou substância farmacologicamente similar), levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. Fenciclidina é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de fenciclidina.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de fenciclidina, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar fenciclidina.
   5. Uso recorrente de fenciclidina acarretando fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências repetidas ao trabalho ou baixo desempenho profissional relacionados ao uso de fenciclidina; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à fenciclidina; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
   6. Uso continuado de fenciclidina apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de fenciclidina.
   8. Uso recorrente de fenciclidina em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., condução de veículos ou operação de máquinas durante comprometimento decorrente de fenciclidina).
   9. O uso de fenciclidina é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de fenciclidina para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de fenciclidina.

Nota: Sinais e sintomas de abstinência não foram estabelecidos para fenciclidinas, portanto esse critério não se aplica. (Relatou-se abstinência de fenciclidinas em animais, mas não foi documentada em usuários humanos.)

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de fenciclidina terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de fenciclidina foi satisfeito durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar fenciclidina", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de fenciclidina terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de fenciclidina foi satisfeito em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar fenciclidina", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a fenciclidinas é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por fenciclidina ou outro transtorno mental induzido por fenciclidina, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de fenciclidina. No caso, o transtorno por uso de fenciclidina comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por fenciclidina (ver a nota para codificação para intoxicação por fenciclidina ou um transtorno mental induzido por fenciclidina específico). Por exemplo, se houver comorbidade com transtorno psicótico induzido por fenciclidina, apenas o código para transtorno psicótico induzido por fenciclidina é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de fenciclidina comórbido é leve, moderado ou grave: F16.159 para transtorno por uso de fenciclidina leve com transtorno psicótico induzido por fenciclidina ou F16.259 para transtorno por uso de fenciclidina moderado ou grave com transtorno psicótico induzido por fenciclidina.

Especificar a gravidade atual:

305.90 (F16.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.60 (F16.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.60 (F16.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

As fenciclidinas (ou substâncias semelhantes) incluem a fenciclidina (p. ex., PCP, "pó de anjo") e compostos menos potentes, mas de ação semelhante, como quetamina, cicloexamina e dizocilpina. Essas substâncias foram desenvolvidas inicialmente como anestésicos dissociativos nos anos de 1950 e passaram a ser vendidas nas ruas na década de 1960. Elas produzem sensação de separação da mente e do corpo (por isso são "dissociativas") em pequenas doses e, em doses elevadas, podem resultar em estupor e coma. Normalmente são fumadas ou administradas via oral, mas também podem ser cheiradas ou injetadas. Embora os efeitos psicoativos primários da PCP durem algumas horas, a taxa de eliminação total dessa droga do corpo geralmente dura oito dias ou mais. Os efeitos alucinógenos em indivíduos vulneráveis podem durar semanas e precipitar um episódio psicótico persistente que lembra esquizofrenia. Observou-se que a quetamina é útil no tratamento de transtorno depressivo maior. Os sintomas de abstinência não foram totalmente estabelecidos em seres humanos, e, portanto, o critério de abstinência não consta no diagnóstico de transtorno por uso de fenciclidina.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A fenciclidina pode ser detectada na urina em até oito dias ou mesmo durante períodos mais longos em doses muito altas. Além dos exames laboratoriais para detectar sua presença, os sintomas característicos resultantes da intoxicação por fenciclidina ou substâncias relacionadas podem auxiliar em seu diagnóstico. A fenciclidina tende a produzir sintomas dissociativos, analgesia, nistagmo e hipertensão, com risco de hipotensão e choque. Comportamento violento também é possível com seu uso, já que pessoas intoxicadas podem acreditar que estão sendo atacadas. Sintomas residuais após o uso podem se assemelhar a esquizofrenia.

Prevalência

A prevalência do transtorno por uso de fenciclidina é desconhecida. Aproximadamente 2,5% da população relata tê-la usado ao menos uma vez. A proporção de usuários que relatam ter usado fenciclidina aumenta com a idade, de 0,3% dos 12 aos 17 anos, para 1,3% dos 18 aos 25 anos até 2,9% a partir dos 26 anos. Aparentemente, houve um aumento entre estudantes do último ano do ensino médio tanto na categoria "já usou fenciclidina" (de 1,8% para 2,3%) quanto na categoria "uso de fenciclidina no ano anterior" (de 1% para 1,3%). O uso de quetamina no ano anterior parece estável nessa mesma população (1,6 a 1,7% nos últimos três anos).

Fatores de Risco e Prognóstico

Há poucas informações sobre os fatores de risco para o transtorno por uso de fenciclidina. Entre indivíduos internados para tratamento para abuso de substância, os que apresentavam fenciclidina como substância principal eram mais jovens que os internados por uso de outra substância, tinham nível escolar mais baixo e maior probabilidade de morar nas regiões Oeste e Nordeste dos Estados Unidos em comparação com outras internações.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O uso de quetamina entre jovens na faixa dos 16 aos 23 anos foi relatado como mais comum entre brancos (0,5%) do que entre outros grupos étnicos (variação de 0 a 0,3%). Entre os indivíduos internados para tratamento para abuso de substância, aqueles cuja substância principal era fenciclidina eram predominantemente negros (49%) ou hispânicos (29%).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino compõem aproximadamente três quartos daqueles que procuram atendimento de emergência devido à fenciclidina.

Marcadores Diagnósticos

Exames laboratoriais podem ser úteis, já que a fenciclidina fica presente na urina de indivíduos intoxicados durante um período de até oito dias após a ingestão. A história do indivíduo, em conjunto com determinados sinais físicos, como nistagmo, analgesia e hipertensão proeminente, pode auxiliar a distinguir o quadro clínico de fenciclidina do quadro clínico de outros alucinógenos.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Fenciclidina

Em indivíduos com transtorno por uso de fenciclidina, podem haver evidências físicas de lesões causadas por acidentes, brigas e quedas. O uso crônico da substância pode levar a déficits na memória, na fala e na cognição que podem durar meses. Toxicidades cardiovascular e neurológica (p. ex., convulsões, distonias, discinesias, catalepsia, hipotermia ou hipertermia) podem resultar

da intoxicação por fenciclidina. Outras consequências incluem hemorragia intracraniana, rabdomiólise, problemas respiratórios e (eventualmente) parada cardíaca.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno por uso de outra substância. Distinguir os efeitos da fenciclidina dos efeitos de outras substâncias é importante, pois ela pode ser um aditivo comum a outras substâncias (p. ex., *Cannabis*, cocaína).

Esquizofrenia e outros transtornos mentais. Alguns dos efeitos do uso de fenciclidina e de substâncias relacionadas podem se assemelhar aos sintomas de outros transtornos psiquiátricos, como psicose (esquizofrenia), humor deprimido (transtorno depressivo maior), comportamentos agressivos violentos (transtorno da conduta, transtorno da personalidade antissocial). Discernir se esses comportamentos ocorriam antes do consumo da droga é importante para a diferenciação entre efeitos agudos da droga e transtorno mental preexistente. Deve-se considerar transtorno psicótico induzido por fenciclidina quando há comprometimento do teste de realidade em indivíduos que experimentam perturbações na percepção como resultado da ingestão de fenciclidina.

Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de alucinógenos (que não fenciclidina), levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. O alucinógeno é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do alucinógeno.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do alucinógeno, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o alucinógeno.
   5. Uso recorrente de alucinógenos resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências repetidas ao trabalho ou baixo desempenho profissional relacionados ao uso de alucinógenos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a alucinógenos; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
   6. Uso continuado de alucinógenos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de alucinógenos.
   8. Uso recorrente de alucinógenos em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., condução de veículos ou operação de máquinas durante comprometimento decorrente de alucinógeno).
   9. O uso de alucinógenos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo alucinógeno.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do alucinógeno para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do alucinógeno.

Nota: Sinais e sintomas de abstinência não foram estabelecidos para alucinógenos, portanto esse critério não se aplica.

Especificar **o alucinógeno em questão.**

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de alucinógenos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de alucinógenos foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o alucinógeno", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de alucinógenos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de alucinógenos foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o alucinógeno", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a alucinógenos é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por alucinógeno ou outro transtorno mental induzido por alucinógenos, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de alucinógenos. No caso, o transtorno por uso de alucinógenos comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por alucinógenos (ver a nota para codificação para intoxicação por alucinógenos ou um transtorno mental induzido por alucinógenos específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno psicótico induzido por alucinógenos com transtorno por uso de alucinógenos, apenas o código para transtorno psicótico induzido por alucinógenos é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de alucinógenos comórbido é leve, moderado ou grave: F16.159 para transtorno por uso de alucinógenos leve com transtorno psicótico induzido por alucinógenos ou F16.259 para transtorno por uso de alucinógenos moderado ou grave com transtorno psicótico induzido por alucinógenos.

Especificar a gravidade atual:

305.30 (F16.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.50 (F16.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.50 (F16.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

A classe dos alucinógenos compreende um grupo de substâncias variadas que, apesar de apresentarem estruturas químicas diferentes, e de possivelmente envolverem diferentes mecanismos moleculares, produzem alterações semelhantes da percepção, do humor e da cognição em seus usuários. Os alucinógenos inclusos nesta categoria são as fenilalquilaminas (p. ex., mescalina, DOM [2,5-dimetóxi-4-metilanfetamina] e MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina; também chamada de *ecstasy*]); as indolaminas, incluindo psilocibina (i.e., psilocina) e dimetiltriptamina (DMT); e as ergolinas, como LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e sementes de ipomeia. Além destes, vários outros compostos etnobotânicos são classificados como "alucinógenos", dos quais *Salvia divinorum* e Figueira-do-diabo (*Datura stramonium*) são dois exemplos. Excluídos desse grupo estão a *Cannabis* e seu composto ativo, delta-9-tetraidrocanabinol (THC) (ver a seção "Transtornos Relacionados a *Cannabis*"). Essas substâncias podem ter efeitos alucinógenos, mas são diagnosticadas separadamente devido a diferenças significativas em seus efeitos psicológicos e comportamentais.

Alucinógenos geralmente são consumidos por via oral, embora algumas variações sejam fumadas (p. ex., DMT, sálvia) ou (raramente) consumidas via intranasal ou intravenosa (p. ex.,

ecstasy). A duração dos efeitos varia de um tipo de alucinógeno para outro. Algumas dessas substâncias (i.e., LSD, MDMA) têm meia-vida longa e duração prolongada, de forma que os usuários podem gastar entre horas a dias usando-as ou se recuperando de seus efeitos. Contudo, outras drogas alucinógenas (p. ex., DMT, sálvia) têm ação breve. A tolerância a alucinógenos desenvolve-se com o uso repetido, e relataram-se efeitos tanto autonômicos quanto psicológicos. Existe tolerância cruzada entre LSD e outros alucinógenos (p. ex., psilocibina, mescalina), mas não se estende a outras categorias de drogas como anfetaminas e *Cannabis*.

O MDMA/*ecstasy* como alucinógeno pode apresentar efeitos distintos atribuíveis às suas propriedades tanto alucinógenas quanto estimulantes. Entre usuários crônicos de *ecstasy*, o uso contínuo apesar de problemas físicos ou psicológicos, tolerância, uso prejudicial e excesso de tempo gasto na obtenção da substância são os critérios relatados com mais frequência – mais de 50% em adultos e mais de 30% da amostra de indivíduos mais jovens, enquanto problemas legais relacionados ao uso da substância e desejo persistente/incapacidade de abandonar o consumo raramente são relatados. Assim como ocorre com outras substâncias, os critérios diagnósticos para transtorno por uso de outros alucinógenos estão dispostos em um espectro de gravidade.

Um dos critérios gerais para transtornos por uso de substância, uma síndrome de abstinência clinicamente significativa, não foi documentada de forma consistente em seres humanos, e, portanto, o diagnóstico de síndrome de abstinência de alucinógenos não foi incluído no DSM-5. Contudo, há evidências de abstinência de MDMA, com a presença de dois ou mais sintomas de abstinência observados em 59 a 98% de amostras selecionadas de usuários de *ecstasy*. Houve relatos de problemas tanto psicológicos como físicos decorrentes de abstinência.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

As características típicas de sintomas de alguns alucinógenos podem auxiliar no diagnóstico caso os resultados dos exames toxicológicos de urina ou sangue não estejam disponíveis. Por exemplo, indivíduos que usam LSD tendem a ter alucinações visuais que podem ser assustadoras. Indivíduos intoxicados por alucinógenos podem exibir aumento temporário na suicidalidade.

Prevalência

Entre todos os transtornos por uso de substância, o transtorno por uso de outros alucinógenos é um dos mais raros. Estima-se que a prevalência de 12 meses seja de 0,5% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 0,1% entre adultos a partir dos 18 anos nos Estados Unidos. As taxas são mais altas em homens adultos (0,2%) em comparação a mulheres (0,1%), mas observa-se o oposto em amostras de adolescentes de 12 a 17 anos, entre os quais a taxa de 12 meses é ligeiramente mais alta entre meninas (0,6%) do que entre meninos (0,4%). As taxas são mais elevadas em indivíduos com menos de 30 anos, sendo que o pico ocorre naqueles dos 18 aos 29 anos (0,6%), e reduzem-se a praticamente 0,0% entre aqueles a partir dos 45 anos.

Há diferenças étnicas acentuadas na prevalência de 12 meses do transtorno por uso de outros alucinógenos. Entre jovens dos 12 aos 17 anos, a prevalência de 12 meses é maior entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (1,2%) do que entre hispânicos (0,6%), brancos (0,6%), afro-americanos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,2%). Entre adultos, a prevalência de 12 meses para transtorno por uso de outros alucinógenos é semelhante para índios norte-americanos e nativos do Alasca, brancos e hispânicos (todos 0,2%), mas ligeiramente menor para asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,07%) e afro-americanos (0,03%). A prevalência de uso no ano anterior é mais elevada em amostras clínicas (p. ex., 19% em adolescentes sob tratamento). Entre indivíduos com uso atual de alucinógenos na população em geral, 7,8% (adultos) a 17% (adolescentes) tiveram um padrão problemático de uso que satisfez os critérios para transtorno por uso de outros alucinógenos no ano anterior. Entre grupos selecionados de indivíduos que usam alucinógenos (p. ex., uso crônico recente de *ecstasy*), 73,5% dos adultos e 77% dos adolescentes apresentam um padrão de uso problemático que pode satisfazer os critérios para transtorno por uso de outros alucinógenos.

Desenvolvimento e Curso

Diferentemente da maioria das substâncias, com as quais o início em idade precoce está associado a risco maior para o transtorno por uso da substância correspondente, não está evidente se há uma associação entre início em idade precoce com aumento do risco para transtorno por uso de outros alucinógenos. Contudo, identificou-se que os padrões de consumo de droga são diferentes de acordo com a idade de início, sendo que usuários de *ecstasy* com início precoce estão mais propensos a se tornarem usuários de diversos tipos de drogas do que os indivíduos com início mais tardio. Pode haver influência desproporcional de uso de alucinógenos específicos sobre o risco de desenvolver transtorno por uso de outros alucinógenos, sendo que o uso de *ecstasy*/MDMA aumenta o risco do transtorno relacionado ao uso de outros alucinógenos.

Pouco se sabe quanto ao curso do transtorno por uso de outros alucinógenos, mas acredita-se, de modo geral, que ele apresente baixa incidência, baixa persistência e índices elevados de recuperação. Adolescentes, em particular, correm maior risco de uso dessas drogas, e estima-se que 2,7% dos jovens com idade entre 12 e 17 anos usaram uma ou mais dessas drogas nos últimos 12 meses, e, destes, 44% usaram *ecstasy*/MDMA. O transtorno por uso de outros alucinógenos é uma ocorrência observada principalmente em indivíduos com idade inferior a 30 anos, sendo que as taxas praticamente desaparecem entre adultos mais velhos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Entre adolescentes, mas não entre adultos, o uso de MDMA está associado a uma taxa elevada de transtorno por uso de outros alucinógenos. Outros transtornos por uso de substância, em especial álcool, tabaco e *Cannabis*, e transtorno depressivo maior estão associados a índices elevados de transtorno por uso de outros alucinógenos. O transtorno da personalidade antissocial pode ser elevado entre indivíduos que usam mais do que dois outros tipos de drogas além dos alucinógenos em comparação com seus congêneres que contam com história de uso menos extenso. A influência dos comportamentos antissociais adultos – mas não do transtorno da conduta ou do transtorno da personalidade antissocial – sobre o transtorno por uso de outros alucinógenos pode ser mais forte no sexo feminino do que no masculino. O uso de alucinógenos específicos (p. ex., sálvia) é proeminente entre indivíduos dos 18 aos 25 anos com outros comportamentos de risco e outras atividades ilegais. O uso de *Cannabis* também foi implicado como precursor do início do uso de alucinógenos (p. ex., *ecstasy*), em conjunto com o uso precoce de álcool e tabaco. Uso mais intenso de drogas pelos pares e a busca de sensações extremas também foram associados a taxas elevadas do uso de *ecstasy*. O uso de MDMA/*ecstasy* parece indicar um grupo mais grave de usuários de alucinógenos.

Genéticos e fisiológicos. Entre gêmeos do gênero masculino, a variância total decorrente de fatores genéticos cumulativos foi estimada em 26 a 70%, com evidências inconsistentes para influências ambientais compartilhadas.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Historicamente, os alucinógenos são usados como parte de práticas religiosas estabelecidas, como o uso de peiote na Native American Church (Igreja Nativa Americana) e no México. O uso ritual por populações indígenas de psilocibina obtida a partir de determinados tipos de fungos ocorre na América do Sul, no México e em algumas regiões dos Estados Unidos, ou de *Ayahuasca* nas seitas Santo Daime e União Vegetal. O uso regular de mescalina como parte de rituais religiosos não está vinculado a déficits neuropsicológicos nem psicológicos. No caso de adultos, até o momento parece não haver diferenças de raça ou etnia para a totalidade dos critérios nem para nenhum critério específico.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Entre adolescentes, meninas podem ser menos propensas que meninos a avalizar o "uso perigoso", e o gênero feminino pode estar associado a aumento da probabilidade de transtorno por uso de outros alucinógenos.

Marcadores Diagnósticos

Exames laboratoriais podem ser úteis para distinguir entre os diferentes tipos de alucinógenos. Contudo, como alguns agentes (p. ex., LSD) são tão potentes a ponto de um mínimo de 75 microgramas poder produzir reações graves, o exame toxicológico típico nem sempre revela qual substância foi usada.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos

Há evidências dos efeitos neurotóxicos de longo prazo do uso de MDMA/*ecstasy*, incluindo comprometimento da memória, da função psicológica e da função neuroendócrina, disfunção do sistema serotonérgico e perturbação do sono, bem como dos efeitos adversos sobre a microvasculatura encefálica, maturação da matéria branca e dano a axônios. O uso de MDMA/*ecstasy* pode reduzir a conectividade funcional entre regiões do cérebro.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos por uso de outras substâncias. Os efeitos de alucinógenos devem ser distinguidos dos efeitos de outras substâncias (p. ex., anfetaminas), especialmente porque a contaminação dos alucinógenos com outras drogas é relativamente comum.

Esquizofrenia. Deve-se descartar também a esquizofrenia, já que alguns dos indivíduos afetados (p. ex., indivíduos com esquizofrenia que exibem paranoia) podem atribuir falsamente seus sintomas ao uso de alucinógenos.

Outros transtornos mentais ou condições médicas. Outros transtornos ou condições potenciais a serem levados em consideração incluem transtorno de pânico, transtornos depressivo e bipolar, abstinência de álcool ou sedativos, hipoglicemia e outras condições metabólicas, transtorno convulsivo, acidente vascular cerebral (AVC), transtorno oftalmológico e tumores do sistema nervoso central. História minuciosa do consumo de drogas, relatos colaterais da família e de amigos (se possível), idade, história clínica, exame físico e exames toxicológicos podem ser úteis para chegar à decisão diagnóstica final.

Comorbidade

Adolescentes que usam MDMA/*ecstasy* e outros alucinógenos, bem como adultos que usaram *ecstasy* recentemente, apresentam prevalência maior de outros transtornos por uso de substância em comparação a usuários de substâncias não alucinógenas. Indivíduos que usam alucinógenos exibem mais transtornos mentais não relacionados a substâncias (sobretudo transtornos de ansiedade, depressivos e bipolares), especialmente com o uso de *ecstasy* e sálvia. Os índices de transtorno da personalidade antissocial (mas não de transtorno da conduta) são significativamente elevados entre indivíduos com transtorno por uso de outros alucinógenos, assim como as taxas de comportamento antissocial adulto. Contudo, não está claro se as doenças mentais são causa ou consequência do transtorno por uso de outros alucinógenos (ver a seção "Fatores de Risco e Prognóstico" para esse transtorno). Tanto adultos quanto adolescentes que usam *ecstasy* estão mais propensos que outros usuários de drogas a consumir diversos tipos de drogas e a apresentar outros transtornos por uso de drogas.

Intoxicação por Fenciclidina

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de fenciclidina (ou substância farmacologicamente semelhante).
B. Alterações comportamentais clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., beligerância, agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de fenciclidina.

C. No prazo de 1 hora, dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
Nota: Quando a droga for fumada, cheirada ou usada na forma intravenosa, o início pode ser bem mais rápido.
1. Nistagmo vertical ou horizontal.
2. Hipertensão ou taquicardia.
3. Torpor ou resposta diminuída à dor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsões ou coma.
8. Hiperacusia.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de fenciclidina. Se houver transtorno por uso de fenciclidina leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F16.129**, e se houver transtorno por uso de fenciclidina moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F16.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de fenciclidina, então o código da CID-10-CM é **F16.929**.

Nota: Além da seção "Consequências Funcionais da Intoxicação por Fenciclidina", consultar a seção correspondente em transtorno por uso de fenciclidina.

Características Diagnósticas

A intoxicação por fenciclidina reflete as alterações comportamentais clinicamente significativas que ocorrem logo após a ingestão dessa substância (ou de uma substância farmacologicamente semelhante). As apresentações clínicas mais comuns de intoxicação por fenciclidina incluem desorientação, confusão sem alucinações, alucinações ou delírios, uma síndrome semelhante a catatonia e coma de gravidade variável. A intoxicação costuma durar várias horas, mas, dependendo do tipo de apresentação clínica, e se outras drogas além de fenciclidina foram consumidas, pode durar vários dias ou mais.

Prevalência

O uso de fenciclidina ou de substâncias relacionadas pode ser tomado como uma estimativa da prevalência de intoxicação. Aproximadamente 2,5% da população relata ter usado fenciclidina alguma vez. Entre alunos do ensino médio, 2,3% dos estudantes do último ano relatam já ter usado a substância, sendo que 57% destes utilizaram-na nos últimos 12 meses, o que representa um aumento com relação ao período até 2011. O uso no ano anterior de quetamina, que é avaliada separadamente de outras substâncias, permaneceu estável ao longo do tempo, com relato de uso por 1,7% dos estudantes do último ano do ensino médio.

Marcadores Diagnósticos

Exames laboratoriais podem ser úteis, uma vez que a fenciclidina é detectada na urina até oito dias após o uso, embora os níveis estejam pouco associados à apresentação clínica do indivíduo e, portanto, possam não ser úteis para o manejo do caso. Os níveis de creatina fosfoquinase e aspartato aminotransferase podem estar elevados.

Consequências Funcionais de Intoxicação por Fenciclidina

A intoxicação por fenciclidina produz toxidade cardiovascular e neurológica (p. ex., convulsões, distonias, discinesias, catalepsia, hipotermia ou hipertermia) extensa.

Diagnóstico Diferencial

Particularmente, na ausência de teste de realidade intacto (i.e., sem *insight* para anormalidades na percepção), deve-se considerar um diagnóstico adicional de transtorno psicótico induzido por fenciclidina.

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por fenciclidina deve ser diferenciada da intoxicação decorrente de outras substâncias, incluindo outros alucinógenos; anfetamina, cocaína ou outros estimulantes; e anticolinérgicos, bem como da abstinência de benzodiazepínicos. Nistagmo e comportamento bizarro e violento podem distinguir intoxicação por fenciclidina da decorrente de outras substâncias. Exames toxicológicos podem ser úteis para fazer essa distinção, já que a fenciclidina é detectada na urina até oito dias após o uso. Contudo, há fraca correlação entre os níveis toxicológicos quantitativos de fenciclidina e a apresentação clínica, o que reduz a utilidade dos achados laboratoriais para o manejo do paciente.

Outras condições. Outras condições que devem ser consideradas incluem esquizofrenia, depressão, abstinência de outras drogas ou fármacos (p. ex., sedativos, álcool), determinados transtornos metabólicos como hipoglicemia e hiponatremia, tumores do sistema nervoso central, transtornos convulsivos, sepse, síndrome neuroléptica maligna e eventos vasculares.

Intoxicação por Outros Alucinógenos

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de alucinógeno (que não fenciclidina).
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., ansiedade ou depressão acentuadas, ideias de referência, medo de perder o juízo, ideação paranoide, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de alucinógenos.
C. Alterações da percepção ocorrendo em um estado de plena vigília e alerta (p. ex., intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestesias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais desenvolvidos durante ou logo após o uso de alucinógenos:
   1. Midríase.
   2. Taquicardia.
   3. Sudorese.
   4. Palpitações.
   5. Visão borrada.
   6. Tremores.
   7. Incoordenação.
E. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de alucinógenos. Se houver transtorno por uso de alucinógenos leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F16.129**, e se houver transtorno por uso de alucinógenos moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F16.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de alucinógenos, então o código da CID-10-MC é **F16.929**.

Nota: Para informações sobre Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico e Questões Diagnósticas Relativas à Cultura, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de outros alucinógenos.

Características Diagnósticas

A intoxicação por outros alucinógenos reflete as alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente relevantes que ocorrem logo após a ingestão de um alucinógeno. Dependendo do

alucinógeno em questão, a intoxicação pode durar apenas minutos (p. ex., com sálvia) ou várias horas ou ainda mais tempo (p. ex., com LSD [dietilamida do ácido lisérgico] ou MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina]).

Prevalência

A prevalência de intoxicação por outros alucinógenos pode ser estimada pelo uso dessas substâncias. Nos Estados Unidos, 1,8% dos indivíduos a partir dos 12 anos relatam o uso de alucinógenos no ano anterior. O uso é mais prevalente entre mais jovens, sendo que 3,1% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e 7,1% na faixa dos 18 aos 25 anos usaram alucinógenos no ano anterior, em comparação com apenas 0,7% dos indivíduos a partir dos 26 anos. A prevalência de 12 meses para o uso de alucinógenos é mais comum no sexo masculino (2,4%) do que no feminino (1,2%) e especialmente na faixa dos 18 aos 25 anos (9,2% entre homens *versus* 5% entre mulheres). Em contrapartida, não há diferenças de gênero dos 12 aos 17 anos (3,1% para ambos os sexos). Esses dados podem ser usados como estimativas substitutas para diferenças relacionadas ao gênero na prevalência de intoxicação por outros alucinógenos.

Risco de Suicídio

Intoxicação por outros alucinógenos pode levar a aumento na suicidalidade, embora o suicídio seja raro nos usuários de alucinógenos.

Consequências Funcionais de Intoxicação por Outros Alucinógenos

Intoxicação por outros alucinógenos pode apresentar consequências graves. As perturbações da percepção e o julgamento prejudicado associados à intoxicação por outros alucinógenos podem resultar em lesões ou mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, brigas de natureza física ou lesão autoinfligida involuntariamente (p. ex., tentativas de "voar" de lugares altos). Fatores ambientais e a personalidade e expectativas do indivíduo ao usar o alucinógeno podem contribuir para a natureza e a gravidade da intoxicação por alucinógenos. O uso contínuo de tais substâncias, especialmente de MDMA, também já foi ligado a efeitos neurológicos.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por outra substância. A intoxicação por outros alucinógenos deve ser diferenciada da intoxicação por anfetaminas, cocaína ou outros estimulantes; anticolinérgicos; inalantes; e fenciclidina. Exames toxicológicos ajudam a fazer essa distinção, e determinar a via de administração também pode ser útil.

Outras condições. Outros transtornos e condições a serem considerados incluem esquizofrenia, depressão, abstinência de outras drogas ou fármacos (p. ex., sedativos, álcool), determinados transtornos metabólicos (p. ex., hipoglicemia), transtornos convulsivos, tumores do sistema nervoso central e eventos vasculares.

Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos. Intoxicação por outros alucinógenos diferencia-se do transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos porque os sintomas deste último continuam episódica ou continuamente durante semanas (ou por mais tempo) após a intoxicação mais recente.

Outros transtornos induzidos por alucinógenos. A intoxicação por outros alucinógenos diferencia-se de outros transtornos induzidos por alucinógenos (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por alucinógeno com início durante a intoxicação) porque os sintomas destes últimos predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Persistente da Percepção Induzido por Alucinógenos

Critérios Diagnósticos **292.89 (F16.983)**

A. Após a cessação do uso de um alucinógeno, a revivência de no mínimo um dos sintomas perceptivos experimentados durante a intoxicação pelo alucinógeno (p. ex., alucinações geométricas, falsas percepções de movimento nos campos visuais periféricos, *flashes* coloridos, cores intensificadas, rastros de imagens de objetos em movimento, sensação de imagem vívida após o estímulo ter cessado (pós-imagem positiva) halos em torno dos objetos, macropsia e micropsia).
B. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica (p. ex., lesões anatômicas e infecções cerebrais, epilepsias visuais) nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., *delirium*, transtorno neurocognitivo maior, esquizofrenia) ou por alucinações hipnopômpicas.

Características Diagnósticas

A particularidade do transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos é a revivência, quando o indivíduo está sóbrio, de perturbações da percepção experimentadas enquanto estava intoxicado pelo alucinógeno (Critério A). Os sintomas podem incluir qualquer tipo de perturbação da percepção, mas as visuais tendem a predominar. Entre as percepções visuais anormais, as mais típicas são alucinações geométricas, falsas percepções de movimento nos campos visuais periféricos, *flashes* de cor, cores intensificadas, rastros de imagens de objetos em movimento (i.e., imagens que ficam suspensas no trajeto de um objeto em movimento, como pode ser visto na fotografia estroboscópica), percepções de objetos inteiros, pós-imagens positivas (i.e., uma "sombra" da mesma cor ou da cor complementar de um objeto, que permanece após a remoção desse objeto), halos em torno dos objetos ou percepção errônea de imagens como grandes demais (macropsia) ou pequenas demais (micropsia). A duração das perturbações visuais pode ser episódica ou quase contínua, as quais devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). As perturbações podem durar semanas, meses ou anos. Outras explicações para as perturbações (p. ex., lesões cerebrais, psicose preexistente, transtornos convulsivos, enxaqueca com aura sem cefaleia) devem ser descartadas (Critério C).

O transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos ocorre principalmente, mas não exclusivamente, após o uso de LSD. Não parece haver forte correlação entre o transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos e a quantidade de ocasiões do uso dessas substâncias. Algumas ocorrências de transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos podem ser precipitadas pelo uso de outras substâncias (p. ex., *Cannabis* ou álcool) ou ao entrar em ambientes escuros.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O teste de realidade permanece intacto em indivíduos com transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos (i.e., o indivíduo está ciente de que a perturbação está ligada ao efeito da droga). Caso contrário, outro transtorno pode explicar melhor as percepções anormais.

Prevalência

Desconhecem-se estimativas de prevalência do transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos. Estimativas iniciais de prevalência do transtorno entre indivíduos que usam alucinógenos são de 4,2%.

Desenvolvimento e Curso

Pouco se sabe sobre o desenvolvimento do transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos. Seu curso, como sugere a denominação, é persistente e dura semanas, meses ou até mesmo anos em alguns indivíduos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Há poucas evidências quanto aos fatores de risco para transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos, embora se tenha sugerido que fatores genéticos possam ser uma explicação possível subjacente à suscetibilidade aos efeitos de LSD nessa condição.

Consequências Funcionais do Transtorno Persistente da Percepção Induzido por Alucinógenos

Embora o transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos continue sendo uma condição crônica em alguns casos, muitos indivíduos com o transtorno conseguem suprimir as perturbações e manter funcionamento normal.

Diagnóstico Diferencial

As condições que devem ser descartadas incluem esquizofrenia, efeitos de outras drogas ou fármacos, transtornos neurodegenerativos, AVC, tumores cerebrais, infecções e traumatismo craniano. Exames de neuroimagem em casos de transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos geralmente resultam negativos. Conforme indicado anteriormente, o teste de realidade permanece intacto (i.e., o indivíduo está ciente de que a perturbação está vinculada ao efeito da droga); caso contrário, outro transtorno (p. ex., transtorno psicótico, outra condição médica) pode oferecer uma explicação melhor para as percepções anormais.

Comorbidade

Transtornos mentais comórbidos que acompanham o transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos com mais frequência são transtorno de pânico, transtorno por uso de álcool e transtorno depressivo maior.

Outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina

Os seguintes transtornos induzidos por fenciclidina são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por fenciclidina ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno bipolar induzido por fenciclidina ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por fenciclidina ("Transtornos Depressivos"); e transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina ("Transtornos de Ansiedade"). Para *delirium* induzido por intoxicação por fenciclidina, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por fenciclidina são diagnosticados em lugar de intoxicação por fenciclidina apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos

Os seguintes transtornos induzidos por alucinógenos são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por outros alucinógenos ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos");

transtorno bipolar induzido por outros alucinógenos ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por outros alucinógenos ("Transtornos Depressivos"); e transtorno de ansiedade induzido por outros alucinógenos ("Transtornos de Ansiedade"). Para *delirium* induzido por intoxicação por outros alucinógenos, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por outros alucinógenos são diagnosticados em lugar de intoxicação por outros alucinógenos apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Fenciclidina Não Especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a fenciclidina que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a fenciclidina específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtorno Relacionado a Alucinógenos Não Especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a alucinógenos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a alucinógenos específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Inalantes

Transtorno por Uso de Inalantes
Intoxicação por Inalantes
Outros Transtornos Induzidos por Inalantes
Transtorno Relacionado a Inalantes Não Especificado

Transtorno por Uso de Inalantes

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de substância inalante baseada em hidrocarbonetos levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. A substância inalante é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância inalante.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância inalante, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância inalante.
5. Uso recorrente da substância inalante, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado da substância inalante apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância inalante.
8. Uso recorrente da substância inalante em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso da substância inalante é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
    a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância inalante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância inalante.

Especificar **o inalante em questão**: Quando possível, a substância específica envolvida deve ser nomeada (p. ex., "transtorno por uso de solvente").

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de inalantes terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de inalantes foi satisfeito durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância inalante", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de inalantes terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de inalantes foi satisfeito em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância inalante", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a substâncias inalantes é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por inalantes ou outro transtorno mental induzido por inalantes, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de inalantes. No caso, o transtorno por uso de inalantes comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por inalantes (ver a nota para codificação para intoxicação por inalantes ou um transtorno mental induzido por inalantes específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno depressivo induzido por inalantes e transtorno por uso de inalantes, apenas o código para transtorno depressivo induzido por inalantes é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de inalantes comórbido é leve, moderado ou grave: F18.14 para transtorno por uso de inalantes leve com transtorno depressivo induzido por inalantes ou F18.24 para transtorno por uso de inalantes moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por inalantes.

Especificar a gravidade atual:

305.90 (F18.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.
304.60 (F18.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.
304.60 (F18.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

Este Manual reconhece que o uso de hidrocarbonetos voláteis satisfaz os critérios diagnósticos como transtorno por uso de inalantes. Hidrocarbonetos voláteis são gases tóxicos de colas, combustíveis, tintas e outros compostos voláteis. Quando possível, a substância específica envolvida deve ser nomeada (p. ex., "transtorno por uso de tolueno"). Contudo, a maioria dos compostos inalados é uma mistura de várias substâncias que podem produzir efeitos psicoativos, e costuma ser difícil determinar a substância exata responsável pelo transtorno. A menos que haja evidências claras de que uma única substância não misturada tenha sido usada, o termo geral "inalante" deve ser usado ao registrar o diagnóstico. Os transtornos que resultam da inalação de óxido nitroso ou de nitrito de amila, nitrito de butila ou nitrito de isobutila são considerados transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida).

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

A gravidade do transtorno por uso de inalantes é avaliada pela quantidade de critérios diagnósticos confirmados. Para cada indivíduo, as alterações na gravidade do transtorno por uso de inalantes ao longo do tempo refletem-se pelas reduções na frequência (p. ex., dias de uso por mês) e/ou dose (p. ex., tubos de cola por dia) utilizada de inalantes, conforme avaliação do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas, observações clínicas e exames biológicos (quando viável).

Características Diagnósticas

As características do transtorno por uso de inalantes incluem uso repetido de uma substância inalante apesar da consciência de que ela está causando problemas graves para o indivíduo (Critério A9). Esses problemas se refletem nos critérios diagnósticos.

Absenteísmo no trabalho ou na escola ou incapacidade de desempenhar responsabilidades típicas no trabalho ou na escola (Critério A5) e uso contínuo da substância inalante apesar das discussões com a família ou amigos, brigas e outros problemas sociais ou interpessoais (Critério A6) podem ser observados no transtorno por uso de inalantes. Restrição do contato com a família, das obrigações no trabalho ou na escola ou das atividades recreativas (p. ex., esportes, jogos, passatempos) também pode ocorrer (Critério A7). Observa-se, ainda, uso de inalantes durante a condução de veículos ou operação de equipamento perigoso (Critério A8).

Há relatos tanto de tolerância (Critério A10) como de abstinência leve por cerca de 10% dos indivíduos que usam inalantes, e alguns destes utilizam essas substâncias para evitar abstinência. Contudo, como os sintomas de abstinência são leves, este Manual não reconhece um diagnóstico de abstinência de inalantes e não inclui queixas de abstinência nos critérios diagnósticos para transtorno por uso de inalantes.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Um diagnóstico de transtorno por uso de inalantes é apoiado por episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos em exames toxicológicos de rotina (os quais não detectam inalantes); porte, ou odores residuais, de substâncias inalantes, um "*rash* do cheirador de cola" em torno do nariz ou da boca; associação com outros indivíduos que sabidamente usam inalantes; fazer parte de grupos com uso prevalente de inalantes (p. ex., determinadas comunidades nativas ou aborígenes, crianças sem-teto integrantes de gangues de rua); facilidade de acesso a determinadas substâncias inalantes; porte de parafernália própria para uso; presença de complicações médicas características do transtorno (p. ex., patologia da substância branca cerebral, rabdomiólise); e presença de múltiplos transtornos por uso de substância. O uso de inalantes e o transtorno por uso de inalantes estão associados a tentativas de suicídio anteriores, especialmente entre adultos que relatam episódios prévios de humor deprimido ou anedonia.

Prevalência

Entre norte-americanos com 12 a 17 anos, 0,4% apresenta um padrão de uso que satisfaz os critérios para transtorno por uso de inalantes nos 12 meses anteriores. Entre esses jovens, a prevalência é mais alta em índios norte-americanos e mais baixa entre afro-americanos. A prevalência cai para 0,1% entre norte-americanos na faixa dos 18 aos 29 anos e para apenas 0,02% quando são levados em consideração todos os norte-americanos a partir dos 18 anos, com participação praticamente nula do sexo feminino e preponderância de norte-americanos de ascendência europeia. É evidente que, em subgrupos isolados, a prevalência pode ser consideravelmente diferente dessas taxas gerais.

Desenvolvimento e Curso

Cerca de 10% das crianças norte-americanas com 13 anos de idade relatam ter usado inalantes pelo menos uma vez; essa porcentagem permanece estável até os 17 anos. Entre os usuários de inalantes dos 12 aos 17 anos, as substâncias mais usadas são cola, graxa de sapato ou tolueno; gasolina ou fluido de isqueiros; ou tintas em aerossol.

Apenas 0,4% dos jovens dos 12 aos 17 anos progridem para o transtorno por uso de inalantes e tendem a exibir vários outros problemas. O declínio da prevalência do transtorno por uso de inalantes após a adolescência indica que esse transtorno costuma entrar em remissão no início da idade adulta.

O transtorno por uso de hidrocarbonetos voláteis é raro em pré-adolescentes, mais comum entre adolescentes e jovens adultos e incomum em pessoas mais velhas. Chamadas para os centros de controle de envenenamento por "abuso intencional" de inalantes atingem um pico quando envolvem indivíduos de 14 anos. Entre os adolescentes que fazem uso de inalantes, talvez um quinto desenvolva transtorno por uso de inalantes; poucos morrem de acidentes relacionados a inalantes ou de "morte súbita por inalação". Todavia, o transtorno aparentemente entra em remissão em vários indivíduos após a adolescência. A prevalência cai de forma acentuada entre indivíduos na faixa dos 20 anos. Pessoas com transtorno por uso de inalantes que se prolonga até a idade adulta costumam apresentar problemas graves: transtornos por uso de substância, transtorno da personalidade antissocial e ideação suicida com tentativas de suicídio.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Preditores da progressão da ausência de uso para o uso de inalantes e, então, para o transtorno por uso de inalantes incluem transtornos por uso de substâncias não inalantes comórbidos e/ou transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial. Outros preditores são início precoce do uso de inalantes e uso anterior de serviços de saúde mental.

Ambientais. Gases inalantes são ampla e legalmente disponíveis, o que aumenta o risco de uso. Maus-tratos ou traumas durante a infância também estão associados à progressão da ausência de uso para o transtorno por uso de inalantes em jovens.

Genéticos e fisiológicos. A *desinibição comportamental* é uma propensão geral fortemente hereditária de não restringir o comportamento de modo que este seja socialmente aceito, de romper normas e regras sociais e de assumir riscos perigosos, buscando recompensas de modo excessivo apesar do perigo de consequências adversas. Jovens com forte desinibição comportamental apresentam fatores de risco para transtorno por uso de inalantes: transtorno por uso de substância com início precoce, envolvimento com múltiplas substâncias e problemas de conduta desde cedo. Como a desinibição comportamental sofre forte influência genética, jovens de famílias em que há problemas antissociais e relacionados a substâncias correm maior risco para desenvolver transtorno por uso de inalantes.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Algumas comunidades nativas ou aborígenes têm experimentado alta prevalência de problemas com inalantes. Também, em alguns países, grupos de crianças sem-teto em gangues de rua apresentam extensos problemas de uso dessas substâncias.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Embora a prevalência do transtorno por uso de inalantes seja quase idêntica entre adolescentes de ambos os sexos, o transtorno é muito raro entre adultos do sexo feminino.

Marcadores Diagnósticos

Exames de urina, do ar expirado e de saliva podem ser úteis para avaliar o uso concomitante de substâncias não inalantes por indivíduos com transtorno por uso de inalantes. Contudo, problemas técnicos e o custo considerável de análises tornam exames biológicos frequentes para inalantes pouco práticos.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Inalantes

Devido a sua toxicidade inerente, o uso de butano ou propano é frequentemente fatal. Além disso, todos os hidrocarbonetos voláteis inalados podem resultar em "morte súbita por inalação" decorrente de arritmia cardíaca. Pode ocorrer morte mesmo na primeira exposição ao inalante, a qual, acredita-se, não está relacionada à dose. O uso de hidrocarbonetos voláteis compromete o funcionamento neurocomportamental e causa diversos problemas neurológicos, gastrintestinais, cardiovasculares e pulmonares.

Indivíduos que usam inalantes por muito tempo correm maior risco de tuberculose, HIV/aids, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, bronquite, asma e sinusite. Mortes podem resultar de depressão respiratória, arritmias, asfixia, aspiração de vômito ou de acidentes e lesões.

Diagnóstico Diferencial

Exposição (não intencional) a inalantes decorrente de acidentes industriais e outros tipos de acidentes. Esta designação é usada quando os achados sugerem exposição contínua ou repetida a inalantes, mas as informações do indivíduo e de outras pessoas não condizem com história de uso intencional de inalantes.

Uso (intencional) de inalante sem satisfazer os critérios para transtorno por uso de inalantes. O uso de inalantes é comum entre adolescentes, mas, para a maioria desses indivíduos, o hábito não satisfaz o padrão diagnóstico de dois ou mais itens do Critério A para transtorno por uso de inalantes no ano anterior.

Intoxicação por inalante sem satisfazer os critérios para transtorno por uso de inalantes. A intoxicação por inalante ocorre frequentemente durante o transtorno por uso de inalantes, mas também pode ocorrer em indivíduos cujo uso não satisfaz os critérios para transtorno por uso de inalantes, o qual requer pelo menos dois dos 10 critérios diagnósticos no ano anterior.

Transtornos induzidos por inalantes (i.e., transtorno psicótico, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno neurocognitivo e outros transtornos induzidos por inalantes) sem satisfazer os critérios para transtorno por uso de inalantes. Os critérios são satisfeitos para transtorno psicótico, depressivo, de ansiedade ou neurocognitivo maior, e há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que os déficits estão etiologicamente relacionados aos efeitos de substâncias inalantes. Ainda assim, os critérios para transtorno por uso de inalantes podem não ser satisfeitos (i.e., menos de dois dos 10 critérios estão presentes).

Transtornos por uso de outras substâncias, especialmente os que envolvem substâncias sedativas (p. ex., álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos). O transtorno por uso de inalantes costuma ocorrer em conjunto com outros transtornos por uso de substância, e os sintomas dos transtornos podem ser semelhantes e se sobrepor. Perguntar sobre sintomas que persistiram durante períodos quando algumas das substâncias não estavam sendo usadas ajuda a separar padrões de sintomas.

Outros transtornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos ou infecciosos que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central ou periférico. Indivíduos com transtorno por uso de inalantes podem apresentar sintomas de anemia perniciosa, degene-

ração subaguda combinada da medula espinal, psicose, transtorno cognitivo maior ou menor, atrofia cerebral, leucoencefalopatia e vários outros transtornos do sistema nervoso. Evidentemente, estes transtornos também ocorrem na ausência de transtorno por uso de inalantes. História de pouco ou nenhum uso de inalante ajuda a descartá-lo como a fonte desses problemas.

Distúrbios de outros sistemas orgânicos. Indivíduos com transtorno por uso de inalantes podem apresentar sintomas de danos hepáticos ou renais, rabdomiólise, metemoglobinemia ou sintomas de outras doenças gastrintestinais, cardiovasculares ou pulmonares. História de pouco ou nenhum uso de inalante ajuda a descartar o transtorno por uso de inalantes como a fonte desses problemas médicos.

Comorbidade

Indivíduos com transtorno por uso de inalantes que recebem cuidados clínicos costumam apresentar vários outros transtornos por uso de substâncias. O transtorno por uso de inalantes normalmente tem ocorrência concomitante com transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial. O uso de inalantes e o transtorno por uso de inalantes na idade adulta também estão fortemente associados a ideação suicida e a tentativas de suicídio.

Intoxicação por Inalantes

Critérios Diagnósticos

A. Exposição breve e recente, intencional ou não, a altas doses de substâncias inalantes, incluindo hidrocarbonetos voláteis como tolueno ou gasolina.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., beligerância, agressividade, apatia, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes.
C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes:
   1. Tontura.
   2. Nistagmo.
   3. Incoordenação.
   4. Fala arrastada.
   5. Instabilidade de marcha.
   6. Letargia.
   7. Reflexos deprimidos.
   8. Retardo psicomotor.
   9. Tremor.
   10. Fraqueza muscular generalizada.
   11. Visão borrada ou diplopia.
   12. Estupor ou coma.
   13. Euforia.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de inalantes. Se houver transtorno por uso de inalantes leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F18.129**, e se houver transtorno por uso de inalantes moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F18.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de inalantes, então o código da CID-10-MC é **F18.929**.

Nota: Para informações sobre Desenvolvimento e Curso, Fatores de Risco e Prognóstico, Questões Relativas à Cultura e Marcadores Diagnósticos, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de inalantes.

Características Diagnósticas

A intoxicação por inalantes é um transtorno mental relacionado a inalantes clinicamente significativo que se desenvolve durante, ou imediatamente após, a inalação intencional ou acidental de uma substância volátil baseada em hidrocarbonetos. Hidrocarbonetos voláteis são gases tóxicos exalados por colas, combustíveis, tintas e por outros compostos voláteis. Sempre que possível, a substância específica deve ser nomeada (p. ex., intoxicação por tolueno). Com determinadas substâncias, a intoxicação desaparece no prazo de minutos a horas após o término da exposição. Portanto, a intoxicação por inalantes geralmente ocorre em episódios breves que podem ter recorrência.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A intoxicação por inalantes pode ser indicada pelas evidências de porte ou de odores residuais de substâncias inalantes (p. ex., cola, solvente de tinta, gasolina, isqueiros de butano); intoxicação aparente com ocorrência na faixa etária com prevalência mais alta de uso de inalantes (12-17 anos); e intoxicação aparente ante resultados negativos de exames toxicológicos de rotina que geralmente são incapazes de identificar inalantes.

Prevalência

Desconhece-se a prevalência de episódios reais de intoxicação por inalantes na população em geral, mas é provável que a maioria dos usuários de inalantes, em algum momento, exiba uso que satisfaça os critérios para transtorno por intoxicação por inalantes. Portanto, a prevalência do transtorno por uso de inalantes e a prevalência de transtorno por intoxicação por inalantes provavelmente são semelhantes. Em 2009 e 2010, o uso de inalantes no ano anterior foi relatado por 0,8% de todos os norte-americanos com idade superior a 12 anos, e a prevalência foi mais alta em grupos mais jovens (3,6% dos indivíduos entre 12 e 17 anos e 1,7% daqueles entre 18 e 25 anos).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As diferenças na prevalência da intoxicação por inalantes na população em geral são desconhecidas. Contudo, ao supor-se que a maioria dos usuários de inalantes, em algum momento, irá sofrer intoxicação por essas substâncias, as diferenças de gênero na prevalência de *usuários* de inalantes provavelmente refletem as diferenças na proporção de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino que sofrem intoxicação por tais substâncias. Quanto às diferenças de gênero na prevalência de usuários de inalantes nos Estados Unidos, 1% dos indivíduos do sexo masculino com idade superior a 12 anos e 0,7% daqueles do sexo feminino com idade superior a 12 anos usaram inalantes no ano anterior, mas, nos grupos etários mais jovens, mais meninas do que meninos usaram inalantes (p. ex., dos 12 aos 17 anos, 3,6% dos meninos e 4,2% das meninas).

Consequências Funcionais da Intoxicação por Inalantes

O uso de substâncias inaladas em recipiente fechado, como uma sacola plástica ao redor da cabeça, pode levar a inconsciência, anoxia e morte. Em outros casos, "morte súbita por inalação", provavelmente decorrente de arritmia ou parada cardíaca, pode ocorrer com vários inalantes voláteis. A toxicidade acentuada de determinados inalantes voláteis, como butano ou propano, também causa mortes. Embora a intoxicação por inalantes em si seja breve, ela pode produzir problemas médicos e neurológicos persistentes, especialmente se as intoxicações forem frequentes.

Diagnóstico Diferencial

Exposição a inalantes sem satisfazer os critérios para transtorno por intoxicação por inalantes. O indivíduo inalou substâncias de forma intencional ou acidental, mas a dose não foi suficiente para satisfazer os critérios diagnósticos para transtorno por uso de inalantes.

Intoxicação e outros transtornos induzidos por substância/medicamento decorrentes de outras substâncias, especialmente de substâncias sedativas (p. ex., álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos). Estes transtornos podem ter sinais e sintomas semelhantes, mas a intoxicação é atribuível a outros intoxicantes que podem ser identificados por meio de exames toxicológicos. Distinguir a fonte da intoxicação pode envolver evidências distintas da exposição a inalantes, conforme descritas no transtorno por uso de inalantes. Um diagnóstico de intoxicação por inalantes pode ser sugerido por porte ou odores residuais de substâncias inalantes (p. ex., cola, solvente de tinta, gasolina, isqueiros de butano); porte de parafernália (p. ex., trapos ou sacolas para concentrar os gases da cola), "*rash* do cheirador de cola" em torno do nariz ou da boca; relatos da família ou de amigos de que o indivíduo intoxicado porta ou usa inalantes; intoxicação aparente, apesar de resultados negativos de exames toxicológicos de rotina (os quais geralmente não identificam inalantes); intoxicação aparente com ocorrência na faixa etária com prevalência mais alta de uso de inalantes (12-17 anos); associação com outras pessoas que sabidamente usam inalantes; afiliação a pequenos grupos com uso prevalente de inalantes (p. ex., determinadas comunidades indígenas ou aborígenes, crianças e adolescentes de rua); ou acesso incomum a determinadas substâncias inalantes.

Outros transtornos relacionados a inalantes. Episódios de intoxicação por inalantes ocorrem durante outros transtornos relacionados a inalantes, mas ambos guardam certas diferenças. Transtornos relacionados a inalantes são reconhecidos por seus critérios diagnósticos respectivos: transtorno por uso de inalantes, transtorno neurocognitivo induzido por inalantes, transtorno psicótico induzido por inalantes, transtorno depressivo induzido por inalantes, transtorno de ansiedade induzido por inalantes e outros transtornos induzidos por inalantes.

Outros transtornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos ou infecciosos que comprometem o funcionamento cerebral e a cognição. Várias condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir as alterações comportamentais e psicológicas clinicamente significativas (p. ex., beligerância, agressividade, apatia, julgamento prejudicado) que também caracterizam a intoxicação por inalantes.

Outros Transtornos Induzidos por Inalantes

Os seguintes transtornos induzidos por inalantes são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por inalantes ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno depressivo induzido por inalantes ("Transtornos Depressivos"); transtorno de ansiedade induzido por inalantes ("Transtornos de Ansiedade"); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por inalantes ("Transtornos Neurocognitivos"). Para *delirium* induzido por intoxicação por inalantes, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por inalantes são diagnosticados em lugar de intoxicação por inalantes apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Inalantes Não Especificado

292.9 (F18.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a inalantes que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a inalantes específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Opioides

Transtorno por Uso de Opioides
Intoxicação por Opioides
Abstinência de Opioides
Outros Transtornos Induzidos por Opioides
Transtorno Relacionado a Opioides Não Especificado

Transtorno por Uso de Opioides

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de opioides, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. Os opioides são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de opioides.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do opioide, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides.
   5. Uso recorrente de opioides resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso continuado de opioides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de opioides.
   8. Uso recorrente de opioides em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
   9. O uso de opioides é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opioide.

      Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides se dá unicamente sob supervisão médica adequada.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
      a. Síndrome de abstinência característica de opioides (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de opioides, p. 547-548).
      b. Opioides (ou uma substância estreitamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de opioides terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de opioides terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides foi preen-

chido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em terapia de manutenção: Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver usando medicamento agonista prescrito, como metadona ou buprenorfina, e nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides foi satisfeito para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência do agonista). Esta categoria também se aplica aos indivíduos em manutenção com agonista parcial, agonista/antagonista ou antagonista total, como naltrexona oral ou de depósito.

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a opioides é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por opioides ou outro transtorno mental induzido por opioides, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de opioides. No caso, o transtorno por uso de opioides comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por opioides (ver a nota para codificação para intoxicação por opioides, abstinência de opioides ou transtorno mental induzido por opioides específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno depressivo induzido por opioides com transtorno por uso de opioides, apenas o código para transtorno depressivo induzido por opioides é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de opioides comórbido é leve, moderado ou grave: F11.14 para transtorno por uso de opioides leve com transtorno depressivo induzido por opioides ou F11.24 para transtorno por uso de opioides moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por opioides.

Especificar a gravidade atual:

305.50 (F11.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.00 (F11.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.00 (F11.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em terapia de manutenção" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como recebendo terapia de manutenção. "Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Para cada indivíduo, as alterações na gravidade ao longo do tempo também se refletem em reduções na frequência (p. ex., dias de uso por mês) e/ou dose (p. ex., injeções ou quantidade de comprimidos) de um opioide, conforme avaliação do autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas cientes do caso, observações do clínico e exames biológicos.

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de opioides inclui sinais e sintomas que refletem a autoadministração compulsiva e prolongada de substâncias opioides usadas sem finalidade médica legítima, ou, na presença de outra condição médica cujo tratamento exige opioide, este é usado em doses muito acima da quantidade necessária (p. ex., um indivíduo com prescrição para opioides analgésicos com finalidade de alívio da dor em dosagem adequada fará uso significativamente maior do que indica a prescrição, e não apenas devido à dor persistente). Indivíduos com transtorno por uso de opioides são propensos a desenvolver padrões regulares de uso compulsivo de drogas ou fármacos a ponto de planejar as atividades diárias em torno da obtenção e administração de opioides. Opioides costumam ser adquiridos no mercado negro, mas também podem ser obtidos por intermédio dos médicos por meio da falsificação ou exagero de problemas médicos gerais ou ao receber prescrições simultâneas de vários médicos. Profissionais da área da saúde com transtorno por uso de opioides frequentemente obtêm tais substâncias ao receitá-las para si mesmos ou ao desviar opioides que foram receitados para pacientes ou de suprimentos farma-

cêuticos. A maioria das pessoas com o transtorno apresenta níveis significativos de tolerância e passa por abstinência quando da descontinuação abrupta do uso dessas substâncias. Indivíduos com transtorno por uso de opioides costumam desenvolver respostas condicionadas a estímulos relacionados a drogas (p. ex., fissura ao ver qualquer tipo de substância semelhante à heroína em pó) – um fenômeno que ocorre com a maioria das drogas que causam mudanças psicológicas intensas. Essas respostas provavelmente contribuem para a recaída, são difíceis de eliminar e normalmente persistem durante muito tempo depois que a desintoxicação foi completada.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno por uso de opioides pode estar associado a história de crimes relacionados a drogas (p. ex., porte ou tráfico de drogas, falsificação, arrombamento, assalto, roubo, receptação de mercadorias roubadas). Entre os profissionais da saúde e indivíduos que têm fácil acesso a substâncias controladas existe, frequentemente, um padrão diferente de atividades ilícitas envolvendo problemas junto a conselhos profissionais, equipes dos hospitais ou outras agências administrativas. Problemas conjugais (incluindo divórcio), desemprego ou emprego irregular com frequência estão associados ao transtorno por uso de opioides em todos os níveis socioeconômicos.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno por uso de opioides é de 0,37% entre adultos a partir dos 18 anos na população comunitária. Esse dado pode estar subestimado devido à grande quantidade de presidiários com transtornos por uso de opioides. As taxas são mais elevadas entre indivíduos do sexo masculino do que entre os do sexo feminino (0,49% vs. 0,26%), sendo que a razão de homens para mulheres geralmente é de 1,5:1 com opioides que não heroína (i.e., disponíveis por meio de receita médica) e 3:1 com heroína. Adolescentes do sexo feminino podem apresentar mais probabilidade de desenvolver transtornos por uso de opioides. A prevalência diminui com a idade, sendo que a mais alta (0,82%) ocorre com adultos até os 29 anos e cai para 0,09% em adultos a partir dos 65 anos. Entre adultos, a prevalência do transtorno por uso de opioides é mais baixa entre afro-americanos (0,18%) e mais alta entre índios norte-americanos (1,25%). Ela se situa próximo à média entre brancos (0,38%), asiáticos ou nativos das ilhas do Pacífico (0,35%) e hispânicos (0,39%).

Entre indivíduos com idade entre 12 e 17 anos nos Estados Unidos, a prevalência geral de 12 meses do transtorno por uso de opioides na população comunitária é de aproximadamente 1%, mas a prevalência do transtorno por uso de heroína é inferior a 0,1%. Em contrapartida, o transtorno por uso de analgésicos é prevalente em cerca de 1% dos indivíduos entre 12 e 17 anos, o que traduz a importância dos analgésicos opioides como um grupo de substâncias com consequências significativas para a saúde.

A prevalência de 12 meses do uso problemático de opioides em países europeus na população comunitária com idades entre 15 e 64 anos fica entre 0,1 e 0,8%. A prevalência média do uso problemático de opioides na União Europeia e na Noruega fica entre 0,36 e 0,44%.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno por uso de opioides pode começar em qualquer idade, mas os problemas associados ao uso de opioides são normalmente observados pela primeira vez no fim da adolescência ou no início da faixa dos 20 anos. Quando o transtorno se desenvolve, geralmente continua por um período de vários anos, apesar de períodos breves de abstinência serem frequentes. Recaída após abstinência é comum em indivíduos que receberam tratamento. Apesar da ocorrência de recaídas e das taxas de mortalidade a longo prazo que podem chegar a 2% ao ano, cerca de 20 a 30% dos indivíduos com transtorno por uso de opioides alcançam abstinência duradoura. Uma exceção são os militares que ficaram dependentes de opioides no Vietnã; mais de 90% dessa população que sofreu dependência quando designada para o Vietnã tornou-se abstinente após seu retorno, mas experimentou aumento nas taxas de transtorno por uso de álcool ou anfetamina, bem como aumento da suicidalidade.

O avanço da idade está associado a queda na prevalência como resultado de mortalidade precoce e da remissão de sintomas após os 40 anos (i.e., "amadurecimento"). Contudo, muitos indivíduos continuam a apresentar quadros que satisfazem os critérios para transtorno por uso de opioides durante décadas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de transtorno por uso de opioides pode estar relacionado a fatores individuais, familiares, pares e ambientais e sociais, mas, dentro dessas áreas, os fatores genéticos desempenham um papel particularmente importante tanto direta quanto indiretamente. Por exemplo, impulsividade e busca por novidades são temperamentos individuais relacionados à propensão de desenvolver um transtorno por uso de substância, mas podem eles mesmos ser determinados geneticamente. Fatores ligados a pares podem estar relacionados à predisposição genética em termos de como um indivíduo seleciona seu ambiente.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Apesar de pequenas variações quanto a itens individuais de cada critério, o desempenho dos critérios diagnósticos para transtorno por uso de opioides é igualmente eficaz para a maioria dos grupos raciais/étnicos. Indivíduos de populações étnicas minoritárias que habitam áreas economicamente carentes têm sido super-representados entre as pessoas com transtorno por uso de opioides. Contudo, com o passar do tempo, o transtorno passou a ser observado com maior frequência entre indivíduos de classe média, especialmente pessoas do sexo feminino, o que sugere que diferenças quanto ao uso refletem a disponibilidade de drogas e fármacos opioides e que outros fatores sociais podem ter impacto sobre a prevalência. Profissionais da área da saúde com acesso fácil a opioides podem correr maior risco de desenvolver o transtorno.

Marcadores Diagnósticos

Os exames toxicológicos rotineiros de urina frequentemente são positivos para drogas opioides em indivíduos com o transtorno. Os exames de urina permanecem positivos para a maioria dos opioides (p. ex., heroína, morfina, codeína, oxicodona, propoxifeno) durante 12 a 36 horas após a administração. Fentanil não é detectado por exames de urina de rotina, mas pode ser identificado por vários dias por procedimentos mais especializados. Metadona, buprenorfina (ou uma combinação de buprenorfina e naloxona) e LAAM (L-alfa-acetilmetadol) precisam de exames específicos e não causam resultado positivo em testes de rotina para opiáceos. Podem ser detectadas em um prazo de vários dias até pouco mais de uma semana. Evidências laboratoriais da presença de outras substâncias (p. ex., cocaína, maconha, álcool, anfetaminas, benzodiazepínicos) são comuns. Exames de triagem para os vírus das hepatites A, B e C resultam positivos em até 80 a 90% dos usuários de opioides por via intravenosa, tanto para o antígeno da hepatite (significando infecção ativa) quanto para anticorpos contra a hepatite (significando infecção prévia). HIV também é prevalente em usuários de opioides por via intravenosa. É comum haver exames de função hepática com valores ligeiramente elevados, seja como resultado de uma hepatite resolvida, seja como consequência de danos tóxicos ao fígado devido a contaminantes que foram misturados aos opioides injetados. Foram observadas alterações sutis nos padrões de secreção de cortisol e na regulação da temperatura corporal em períodos de até seis meses após a desintoxicação de opioides.

Risco de Suicídio

De forma similar ao risco geralmente observado com todos os transtornos por uso de substâncias, o transtorno por uso de opioides está associado a aumento do risco de tentativas de suicídio e suicídios consumados. Destacam-se as *overdoses* tanto acidentais quanto deliberadas. Alguns dos fatores de risco de suicídio se sobrepõem aos fatores de risco de um transtorno por uso de opioides. Além disso, intoxicações ou abstinências de opioides repetidas podem estar associadas a depressões graves, que, embora sejam temporárias, podem ser suficientemente intensas para

levar a tentativas de suicídio e suicídios consumados. Dados disponíveis sugerem que *overdose* acidental e não letal de opioides (de ocorrência frequente) e tentativa de suicídio são problemas clinicamente significativos distintos que não devem ser confundidos entre si.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Opioides

O uso de opioides está associado à inibição de secreções das membranas mucosas, causando secura da boca e do nariz. A lentificação da atividade gastrintestinal e a redução da motilidade visceral podem produzir constipação grave. A administração aguda pode comprometer a acuidade visual como resultado da miose. Em indivíduos que usam opioides por via intravenosa, veias com esclerose e marcas de picadas nos antebraços são comuns. Por vezes, a esclerose das veias torna-se grave a ponto de ocasionar edema periférico, e os indivíduos passam a injetar nas veias das pernas, do pescoço ou da virilha. Quando essas veias não podem mais ser aproveitadas, passam a injetar diretamente no tecido subcutâneo (*skin-popping*), resultando em celulite, abscessos e cicatrizes de aparência circular decorrentes de lesões cutâneas curadas. O tétano e as infecções por *Clostridium botulinum* são consequências relativamente raras, mas extremamente graves, da injeção de opioides, sobretudo com agulhas contaminadas. Infecções também podem ocorrer em outros órgãos e incluem endocardite bacteriana, hepatite e infecção por HIV. Infecções por hepatite C, por exemplo, podem ocorrer em até 90% das pessoas que injetam opioides. Além disso, a prevalência de infecção por HIV pode ser alta entre indivíduos que injetam drogas, dos quais uma grande parte é composta de indivíduos com transtorno por uso de opioides. Relata-se que as taxas de infecção por HIV podem chegar a 60% entre usuários de heroína com transtorno por uso de opioides em algumas regiões dos Estados Unidos ou da Federação Russa. Contudo, a incidência também pode ser igual ou inferior a 10% em outras áreas, especialmente onde se facilita o acesso a material de injeção e parafernália limpos.

Tuberculose é um problema particularmente grave entre indivíduos que usam drogas por via intravenosa, sobretudo os dependentes de heroína; a infecção costuma ser assintomática e torna-se evidente apenas na presença de um exame cutâneo positivo para tuberculina. Contudo, muitos casos de tuberculose ativa foram encontrados, especialmente entre pessoas infectadas por HIV. Esses indivíduos frequentemente apresentam uma infecção recém-adquirida, mas também tendem a experimentar reativação de uma infecção anterior devido ao comprometimento da função imunológica.

Indivíduos que inalam ("cheiram") heroína ou outros opioides frequentemente desenvolvem irritação da mucosa nasal, às vezes acompanhada de perfuração do septo nasal. Dificuldades no funcionamento sexual são comuns. Os homens costumam sofrer disfunção erétil durante a intoxicação ou com uso crônico. As mulheres geralmente apresentam perturbações da função reprodutora e irregularidade menstrual.

Com relação a infecções como celulite, hepatite, infecção por HIV, tuberculose e endocardite, o transtorno por uso de opioides está associado a uma taxa de mortalidade que chega a 1,5 a 2% ao ano. A morte decorre, com frequência, de *overdose*, acidentes, ferimentos, aids ou outras complicações médicas. Acidentes e ferimentos devido à violência associada a compra e venda de drogas são comuns. Em algumas regiões, a violência é responsável por mais mortes relacionadas a opioides do que *overdose* ou infecção por HIV. A dependência fisiológica de opioides pode ocorrer em quase metade dos bebês nascidos de mulheres com transtorno por uso de opioides, podendo produzir uma grave síndrome de abstinência, a qual exige tratamento médico. Embora baixo peso ao nascer também seja observado em filhos de mães com o transtorno, este geralmente não é acentuado nem está associado a consequências adversas graves.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais induzidos por opioides. Transtornos induzidos por opioides ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de opioides. Transtornos induzidos por opioides podem ser caracterizados por sintomas (p. ex., humor deprimido) que se assemelham a transtornos mentais primários (p. ex., transtorno depressivo persistente [distimia] *versus* transtorno depressivo induzido por opioides com características depressivas, com início durante a intoxicação). Opioides têm menores chances de provocar sintomas de perturbação mental do que a maioria

das outras drogas de abuso. A intoxicação por opioides e a abstinência de opioides distinguem-se dos outros transtornos induzidos por essas substâncias (p. ex., transtorno depressivo induzido por opioides com início durante a intoxicação) porque os sintomas destes últimos são predominantes na apresentação clínica e suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Intoxicação por outra substância. Intoxicação por álcool e intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem causar um quadro clínico que se assemelha ao da intoxicação por opioides. Um diagnóstico de intoxicação por álcool ou sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos geralmente pode ser realizado com base na ausência de miose ou na ausência de resposta a uma provocação com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto a opioides quanto a álcool ou outros sedativos. Nesses casos, a provocação com naloxona não irá reverter todos os efeitos sedativos.

Outros transtornos de abstinência. A ansiedade e a inquietação associadas à abstinência de opioides assemelham-se aos sintomas observados na abstinência de sedativo-hipnóticos. Contudo, a abstinência de opioides também é acompanhada por rinorreia, lacrimejamento e midríase, indícios que não são observados na abstinência de sedativos. Pupilas dilatadas também são observadas na intoxicação por alucinógenos e na intoxicação por estimulantes. Contudo, outros sinais ou sintomas de abstinência de opioides estão ausentes, como náusea, vômitos, diarreia, cólicas abdominais, rinorreia e lacrimejamento.

Comorbidade

As condições médicas mais comuns associadas com o transtorno por uso de opioides são infecções virais (p. ex., HIV, vírus da hepatite C) e bacterianas, particularmente entre usuários de opioides por via intravenosa. Essas infecções são menos comuns no transtorno por uso de opioides obtidos com receita médica. O transtorno por uso de opioides costuma estar associado a outros transtornos por uso de substâncias, especialmente os que envolvem tabaco, álcool, *Cannabis*, estimulantes e benzodiazepínicos, os quais são administrados com frequência para reduzir os sintomas de abstinência ou de fissura por opioides ou então para intensificar os efeitos de opioides administrados. Indivíduos com transtorno por uso de opioides correm risco de desenvolver depressão de leve a moderada que satisfaz os critérios de sintomas e duração para transtorno depressivo persistente (distimia) ou, em alguns casos, para transtorno depressivo maior. Esses sintomas podem representar um transtorno depressivo induzido por opioide ou uma exacerbação de um transtorno depressivo primário preexistente. Períodos de depressão são particularmente comuns durante a intoxicação crônica ou em associação com estressores físicos ou psicossociais que estão relacionados ao transtorno por uso de opioides. Insônia é uma ocorrência comum, especialmente durante a abstinência. Transtorno da personalidade antissocial é muito mais comum em indivíduos com transtorno por uso de opioides do que na população em geral. Observa-se também transtorno de estresse pós-traumático com frequência cada vez maior. História de transtorno da conduta na infância ou adolescência foi identificada como fator de risco para transtornos relacionados a substâncias, especialmente transtorno por uso de opioides.

Intoxicação por Opioides

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de um opioide.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., euforia inicial seguida por apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de opioides.
C. Miose (ou midríase devido à anoxia decorrente de *overdose* grave) e um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de opioides.
   1. Torpor ou coma.
   2. Fala arrastada.
   3. Prejuízo na atenção ou na memória.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar se:

Com perturbações da percepção: Este especificador pode ser indicado nos raros casos quando alucinações ocorrem com teste de realidade intacto ou quando ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de *delirium*.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de opioides e da ocorrência de perturbações da percepção.

Para intoxicação por opioides sem perturbações da percepção: Se houver transtorno por uso de opioides leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F11.129**, e se houver transtorno por uso de opioides moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F11.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de opioides, então o código da CID-10-MC é **F11.929**.

Para intoxicação por opioides com perturbações da percepção: Se houver transtorno por uso de opioides leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F11.122**, e se houver transtorno por uso de opioides moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F11.222**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de opioides, então o código da CID-10-MC é **F11.922**.

Características Diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por opioides é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., euforia inicial seguida por apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, julgamento prejudicado) que se desenvolvem durante ou logo após o uso de opioides (Critérios A e B). A intoxicação é acompanhada por miose (a menos que tenha ocorrido uma *overdose* grave com consequente anoxia e midríase) e um ou mais dos seguintes sinais: torpor, fala arrastada e prejuízo na atenção ou na memória (Critério C); o torpor pode progredir para coma. Indivíduos com intoxicação por opioides podem demonstrar desatenção quanto ao ambiente a ponto de ignorarem eventos potencialmente perigosos. Os sinais ou sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem serem mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por outra substância. Intoxicação por álcool e intoxicação por sedativo-hipnótico podem causar um quadro clínico que se assemelha ao da intoxicação por opioides. Um diagnóstico de intoxicação por álcool ou por sedativo-hipnótico geralmente pode ser realizado com base na ausência de miose ou na ausência de resposta a uma provocação com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto a opioides quanto a álcool ou outros sedativos. Nesses casos, a provocação com naloxona não irá reverter todos os efeitos sedativos.

Outros transtornos relacionados a opioides. A intoxicação por opioides distingue-se dos outros transtornos induzidos por opioides (p. ex., transtorno depressivo induzido por opioides com início durante a intoxicação) porque os sintomas desses outros transtornos predominam na apresentação clínica e satisfazem todos os critérios para o transtorno em questão.

Abstinência de Opioides

Critérios Diagnósticos **292.0 (F11.23)**

A. Presença de qualquer um dos seguintes:
   1. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides (i.e., algumas semanas ou mais).
   2. Administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opioides.

B. Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após o Critério A:
   1. Humor disfórico.

2. Náusea ou vômito.
3. Dores musculares.
4. Lacrimejamento ou rinorreia.
5. Midríase, piloereção ou sudorese.
6. Diarreia.
7. Bocejos.
8. Febre.
9. Insônia.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é 292.0. O código da CID-10-MC para abstinência de opioides é F11.23. Observe que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de opioides moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de opioides pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de opioides moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de opioides leve comórbido com abstinência de opioides.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de opioides é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides (Critério A1). A síndrome de abstinência também pode ser precipitada pela administração de um antagonista de opioides (p. ex., naloxona ou naltrexona) após um período de uso dessas substâncias (Critério A2) e também pode ocorrer após a administração de um agonista parcial de opioides, como buprenorfina, a uma pessoa que, no momento, está usando um agonista total de opioides.

A abstinência de opioides caracteriza-se por um padrão de sinais e sintomas opostos aos efeitos agudos do agonista. Os primeiros sintomas são subjetivos e consistem em queixas de ansiedade, inquietação e uma "sensação dolorida", frequentemente localizada nas costas e nas pernas, acompanhada por irritabilidade e maior sensibilidade à dor. Três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes para um diagnóstico de abstinência de opioides: humor disfórico; náusea ou vômito; dores musculares; lacrimejamento ou rinorreia; midríase, piloereção ou sudorese; diarreia; bocejos; febre; e insônia (Critério B). A piloereção e a febre estão associadas à abstinência grave e não costumam ser observadas na prática clínica de rotina, porque os indivíduos com transtorno por uso de opioides geralmente obtêm a substância antes de a abstinência tornar-se tão avançada. Esses sintomas de abstinência de opioides devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem podem ser mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). Apenas satisfazer os critérios diagnósticos para abstinência de opioides não é suficiente para um diagnóstico de transtorno por uso de opioides, mas sintomas concomitantes de fissura por opioides e comportamento de busca da droga sugerem comorbidade com transtorno por uso de opioides. Os códigos da CID-10-MC apenas permitem um diagnóstico de abstinência de opioides na presença comórbida de transtorno por uso de opioides de moderado a grave.

A rapidez e a gravidade da abstinência associada a opioides dependem da meia-vida do opioide utilizado. Na maioria dos indivíduos com dependência fisiológica de drogas de curta ação, tais como heroína, os sintomas de abstinência ocorrem no prazo de 6 a 12 horas após a última dose. Os sintomas podem levar de 2 a 4 dias para se manifestarem no caso de drogas de efeito mais prolongado, como metadona ou LAAM (L-alfa-acetilmetadol) ou buprenorfina. Os sintomas agudos de abstinência de um opioide de ação curta, como a heroína, em geral atingem um pico no prazo de 1 a 3 dias e cedem gradualmente ao longo de 5 a 7 dias. Sintomas menos agudos de abstinência podem durar semanas ou meses. Esses sintomas mais crônicos incluem ansiedade, disforia, anedonia e insônia.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos do sexo masculino com abstinência de opioides podem sofrer piloereção, sudorese e ejaculação espontânea durante a vigília. A abstinência de opioides é distinta do transtorno por uso de opioides e não ocorre necessariamente na presença de comportamento de busca da droga associado ao transtorno por uso de opioides. A abstinência de opioides pode ocorrer em qualquer indivíduo após a interrupção do uso repetido de um opioide, seja no caso de manejo médico da dor, durante terapia com agonista de opioides para transtorno por uso de opioides, seja no caso de uso privado recreacional ou após tentativas de automedicação para tratar sintomas de transtornos mentais com opioides.

Prevalência

Entre indivíduos de diversos contextos clínicos, a abstinência de opioides ocorreu em 60% das pessoas que haviam usado heroína pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência de opioides é típica no curso de um transtorno por uso de opioides. Ela pode integrar um padrão progressivo no qual o opioide é usado para reduzir os sintomas de abstinência, o qual, por sua vez, leva a maior abstinência mais tarde. No caso de pessoas com transtorno por uso de opioides estabelecido, abstinência e tentativas de aliviá-la são típicas.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos de abstinência. A ansiedade e a inquietação associadas à abstinência de opioides assemelham-se a sintomas observados na abstinência de sedativo-hipnóticos. Contudo, a abstinência de opioides também é acompanhada por rinorreia, lacrimejamento e midríase, sinais não observados na abstinência de sedativos.

Intoxicação por outra substância. Observa-se midríase também na intoxicação por alucinógenos e na intoxicação por estimulantes. Contudo, outros sinais ou sintomas de abstinência de opioides, como náusea, vômito, diarreia, cólicas abdominais, rinorreia e lacrimejamento, não estão presentes.

Outros transtornos induzidos por opioides A abstinência de opioides distingue-se de outros transtornos induzidos por opioides (p. ex., transtorno depressivo induzido por opioides com início durante a abstinência) porque os sintomas desses transtornos ultrapassam o grau dos sintomas normalmente associados à abstinência dessas substâncias e satisfazem todos os critérios para o transtorno em questão.

Outros Transtornos Induzidos por Opioides

Os seguintes transtornos induzidos por opioides são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno depressivo induzido por opioides ("Transtornos Depressivos"); transtorno de ansiedade induzido por opioides ("Transtornos de Ansiedade"); transtorno do sono induzido por opioides ("Transtornos do Sono-Vigília"); e disfunção sexual induzida por opioides ("Disfunções Sexuais"). Para *delirium* por intoxicação por opioides e *delirium* por abstinência de opioides, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por opioides são diagnosticados em lugar de intoxicação por opioides ou abstinência de opioides apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Opioides Não Especificado

292.9 (F11.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a opioides que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a opioides específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificado

Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
   5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências constantes ao trabalho ou baixo rendimento do trabalho relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
   6. Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

8. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).
9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado ou exacerbado por essas substâncias.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
    a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do sedativo, hipnótico ou ansiolítico para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do sedativo, hipnótico ou ansiolítico.

    Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
    a. Síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, p. 557-558).
    b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionada, como álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

    Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou outro transtorno mental induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. No caso, o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ver a nota para codificação para intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou para um transtorno mental induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, apenas o código para transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbido é leve, moderado ou grave: F13.14 para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos leve com transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou F13.24 para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Especificar a gravidade atual:

305.40 (F13.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.10 (F13.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.10 (F13.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

As substâncias sedativas, hipnóticas e ansiolíticas incluem benzodiazepínicos e fármacos semelhantes (p. ex., zolpidem e zaleplon), carbamatos (p. ex., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (p. ex., secobarbital) e hipnóticos do tipo barbitúrico (p. ex., glutetimida, metaqualona). Essa classe de substâncias inclui todos os tranquilizantes vendidos com prescrição e quase todos os medicamentos antiansiedade vendidos com prescrição médica. Os agentes antiansiedade não benzodiazepínicos (p. ex., buspirona, gepirona) não estão inclusos nessa classe porque não parecem estar associados a mau uso significativo.

Como o álcool, esses agentes são depressores cerebrais e podem produzir transtornos induzidos por uso de substância/medicamento e transtornos por uso de substância similares. Os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos estão disponíveis tanto por prescrição quanto por fontes ilícitas. Alguns indivíduos que obtêm essas substâncias por meio de receita médica desenvolvem transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, enquanto outros, que fazem mau uso dessas substâncias, ou as utilizam com finalidade de intoxicação, não desenvolvem o transtorno. Os sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início rápido e/ou efeito breve ou intermediário podem ser especificamente selecionados para a finalidade de intoxicação, embora substâncias com ação mais prolongada nessa classe também possam ser consumidas com essa finalidade.

A fissura pelo consumo (Critério A4), seja durante o uso, seja durante um período de abstinência, é uma característica típica do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. O mau uso de substâncias dessa classe pode ocorrer isoladamente ou em conjunto com o uso de outras substâncias. Por exemplo, indivíduos podem usar doses de sedativos ou de benzodiazepínicos capazes de intoxicação para atenuar os efeitos de cocaína ou de anfetaminas ou, então, usar doses elevadas de benzodiazepínicos em combinação com metadona para potencializar seus efeitos.

Faltas recorrentes ou fraco desempenho no trabalho, faltas, suspensões ou expulsões da escola ou negligência dos filhos e afazeres domésticos (Critério A5) são indícios que podem estar relacionados ao transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, assim como o uso continuado das substâncias apesar de discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação ou apesar de agressões físicas (Critério A6). Observam-se também no transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos o contato limitado com a família ou com os amigos, a esquiva do trabalho ou da escola, a interrupção de passatempos, da prática de esportes ou jogos (Critério A7) e uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ao conduzir automóveis ou ao operar máquinas apesar de capacidade comprometida pelo uso (Critério A8).

Níveis bastante significativos de tolerância e abstinência podem se desenvolver ao sedativo, hipnótico ou ansiolítico. Pode haver evidências de tolerância e abstinência na ausência de diagnóstico de um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em um indivíduo que descontinuou abruptamente o uso de benzodiazepínicos administrados durante períodos prolongados de tempo em doses prescritas e terapêuticas. Nesses casos, um diagnóstico adicional de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos só pode ser efetuado caso outros critérios sejam preenchidos. Ou seja, medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser prescritos para finalidades médicas adequadas, e, dependendo da dosagem, esses fármacos podem produzir tolerância e abstinência. Se forem prescritos ou recomendados com finalidades médicas adequadas, e se forem usados conforme a prescrição, a tolerância ou abstinência resultante não satisfaz os critérios para diagnóstico de transtorno por uso de substância. Contudo, é necessário determinar se os fármacos foram receitados e administrados adequadamente (p. ex., falsificação de sintomas médicos para obter o medicamento; uso de mais medicação do que prescrito; obtenção do medicamento por meio de vários médicos sem que uns tenham conhecimento dos outros).

Dada a natureza unidimensional dos sintomas do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, a gravidade baseia-se na quantidade de critérios preenchidos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos frequentemente está associado a outros transtornos por uso de substância (p. ex., transtornos por uso de álcool, *Cannabis*, opioides, estimulantes). Sedativos costumam ser usados para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias, e seu uso repetido leva à tolerância aos efeitos sedativos, e uma dose progressivamente mais alta é usada. Contudo, a tolerância aos efeitos depressores do tronco cerebral desenvolve-se muito mais lentamente, e, quando o indivíduo consome maiores quantidades da substância para obter euforia e outros efeitos desejados, pode haver um início repentino de depressão respiratória e hipotensão, que podem levar à morte. Intoxicação intensa ou repetida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode estar associada a depressão grave, que, embora temporária, pode levar a tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Prevalência

Estima-se que as prevalências de 12 meses do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos do DSM-IV sejam de 0,3% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 0,2% entre adultos a partir dos 18 anos. As taxas do transtorno do DSM-IV são ligeiramente maiores entre homens adultos (0,3%) do que entre mulheres adultas, mas dos 12 aos 17 anos, a taxa de meninas (0,4%) ultrapassa a taxa de meninos (0,2%). A prevalência de 12 meses do transtorno do DSM-IV diminui com a idade e é mais alta dos 18 aos 29 anos (0,5%) e mais baixa entre indivíduos a partir dos 65 anos (0,04%).

A prevalência de 12 meses do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos varia de um subgrupo racial/étnico para outro na população norte-americana. Dos 12 aos 17 anos, as taxas são maiores entre brancos (0,3%) com relação a afro-americanos (0,2%), hispânicos (0,2%), índios norte-americanos (0,1%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,1%). Entre adultos, a prevalência de 12 meses é mais alta entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (0,8%), com índices de 0,2% entre afro-americanos, brancos e hispânicos e de 0,1% entre asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico.

Desenvolvimento e Curso

O curso habitual do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos envolve adolescentes ou jovens adultos na faixa dos 20 anos, que intensificam seu uso eventual de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos a ponto de desenvolver problemas que satisfazem os critérios para o diagnóstico. Esse padrão é particularmente provável entre indivíduos com outros transtornos por uso de substância (p. ex., álcool, opioides, estimulantes). Um padrão inicial de uso social intermitente (p. ex., em festas) pode levar ao uso diário e a níveis elevados de tolerância. Quando isso ocorre, pode-se esperar um nível crescente de dificuldades interpessoais, bem como episódios cada vez mais graves de disfunção cognitiva e de abstinência fisiológica.

O segundo curso clínico, observado com menor frequência, começa com um indivíduo que originalmente obteve o medicamento com receita médica, em geral para o tratamento de ansiedade, insônia ou devido a queixas somáticas. À medida que se desenvolve ou tolerância, ou a necessidade de doses mais elevadas do medicamento, há aumento gradual na dose e na frequência da autoadministração. O indivíduo provavelmente irá continuar a justificar o uso com base em seus sintomas originais de ansiedade ou insônia, mas o comportamento de busca pela substância se torna mais proeminente, e ele passa a se consultar com diversos médicos para obter um estoque suficiente do medicamento. A tolerância pode atingir níveis elevados, e a abstinência (incluindo convulsões e *delirium* por abstinência) pode ocorrer.

Assim como ocorre com vários transtornos por uso de substâncias, o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos geralmente se inicia durante a adolescência ou no início da vida adulta. Há risco maior de mau uso e de problemas decorrentes de diversas substâncias psico-

ativas com o envelhecimento. Em particular, o comprometimento cognitivo, como efeito colateral, aumenta com a idade, e o metabolismo de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos diminui com a idade em indivíduos mais velhos. Os efeitos tóxicos dessas substâncias, tanto agudos quanto crônicos, especialmente os efeitos sobre cognição, memória e coordenação motora, tendem a aumentar com a idade como consequência das alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas a ela. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior (demência) estão mais propensos a desenvolver intoxicação e prejuízo no funcionamento fisiológico com doses mais baixas.

A intoxicação deliberada para "ficar chapado" tem mais probabilidade de ser observada em adolescentes e adultos jovens na faixa dos 20 anos. Problemas associados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos também são observados em indivíduos a partir da faixa dos 40 anos que aumentam a dose dos medicamentos receitados. Em pessoas mais velhas, a intoxicação pode se assemelhar a demência progressiva.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Impulsividade e busca por novidades são temperamentos individuais que estão relacionados à propensão a desenvolver um transtorno por uso de substância, mas podem, por si sós, ser determinados geneticamente.

Ambientais. Como sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são fármacos, um fator de risco fundamental está relacionado à disponibilidade dessas substâncias. Nos Estados Unidos, o padrão histórico de mau uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está relacionado a amplos padrões de prescrição. Por exemplo, uma redução acentuada na prescrição de barbitúricos esteve associada a um aumento na prescrição de benzodiazepínicos. Fatores relativos a pares podem estar relacionados à predisposição genética em termos de como os indivíduos selecionam seu ambiente. Outros indivíduos com risco aumentado são pessoas com transtorno por uso de álcool que podem receber constantes prescrições em resposta a queixas de ansiedade ou insônia relacionadas ao álcool.

Genéticos e fisiológicos. Como ocorre com outros transtornos por uso de substâncias, o risco de desenvolver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode estar relacionado a fatores individuais, familiares, de pares, sociais e ambientais. Dentro dessas áreas, os fatores genéticos desempenham um papel particularmente importante tanto de forma direta quanto indireta. De modo geral, ao longo do desenvolvimento, os fatores genéticos parecem contribuir mais para o início do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos à medida que os indivíduos passam pela puberdade e iniciam a vida adulta.

Modificadores do curso. O início precoce do uso está associado a uma maior probabilidade de desenvolver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Há variações acentuadas nos padrões de prescrição (e disponibilidade) dessa classe de substâncias em diferentes países, o que pode levar a variações na prevalência dos transtornos por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino têm maior risco do que os do sexo masculino de mau uso de fármacos receitados de substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas.

Marcadores Diagnósticos

Quase todas as substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser identificadas por meio de exames laboratoriais de urina ou sangue (este último pode quantificar esses agentes no corpo). Exames de urina podem permanecer positivos durante aproximadamente uma semana após o uso de substância de ação prolongada, como diazepam ou flurazepam.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

As consequências sociais e interpessoais do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos mimetizam as consequências do álcool em termos do potencial para comportamento desinibido. Acidentes, dificuldades interpessoais (como discussões ou brigas) e a interferência com o trabalho ou com o rendimento escolar são resultados comuns. O exame físico provavelmente revela evidências de uma leve diminuição na maioria dos aspectos do funcionamento do sistema nervoso autônomo, incluindo baixa frequência cardíaca, ligeira diminuição da frequência respiratória e ligeira queda na pressão arterial (com maior probabilidade de ocorrência com alterações posturais). Em doses elevadas, as substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser letais, especialmente quando misturadas com álcool, embora a dosagem letal varie consideravelmente entre substâncias específicas. *Overdoses* podem estar associadas com uma deterioração nos sinais vitais, indicando uma emergência médica iminente (p. ex., parada respiratória decorrente de barbitúricos). Pode haver consequências de trauma (p. ex., hemorragia interna ou hematoma subdural) decorrentes de acidentes que ocorrem durante a intoxicação. O uso intravenoso dessas substâncias pode resultar em complicações médicas relacionadas ao uso de agulhas contaminadas (p. ex., hepatite e HIV).

A intoxicação aguda pode resultar em ferimentos acidentais e acidentes de trânsito. No caso de idosos, mesmo o uso breve desses medicamentos sedativos nas doses prescritas pode estar associado a risco maior de problemas cognitivos e quedas. Os efeitos desinibitórios desses agentes, como o álcool, têm potencial para contribuir para um comportamento ostensivamente agressivo, que acarreta problemas interpessoais e legais. *Overdoses* acidentais ou deliberadas, semelhantes às observadas com o transtorno por uso de álcool ou intoxicação repetida por álcool, podem ocorrer. Em contraste com a ampla margem de segurança quando utilizados isoladamente, benzodiazepínicos administrados em combinação com álcool podem ser particularmente perigosos, e são comuns relatos de *overdose* acidental. Casos de *overdose* acidental também ocorrem com indivíduos que fazem mau uso deliberado de barbitúricos e outros sedativos não benzodiazepínicos (p. ex., metaqualona), mas, como tais agentes são muito menos disponíveis que os benzodiazepínicos, a frequência de *overdose* é baixa na maioria dos contextos.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais ou condições médicas. Indivíduos com transtornos por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem apresentar sintomas (p. ex., ansiedade) que se assemelham a transtornos mentais primários (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada *versus* transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início durante a abstinência). A fala arrastada, incoordenação e outras características associadas típicas da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser o resultado de outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla) ou de traumatismo craniano prévio (p. ex., hematoma subdural).

Transtorno por uso de álcool. O transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser diferenciado do transtorno por uso de álcool.

Uso clinicamente adequado de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Indivíduos podem continuar a tomar medicamentos benzodiazepínicos conforme as instruções de um médico para uma indicação médica legítima por períodos prolongados de tempo. Mesmo se os sinais fisiológicos de tolerância ou de abstinência se manifestarem, muitos desses indivíduos não desenvolvem sintomas que satisfazem os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos porque não estão preocupados em obter a substância, e seu uso não interfere no desempenho de suas funções sociais ou profissionais rotineiras.

Comorbidade

O uso não medicinal de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está associado aos transtornos por uso de álcool, por uso de tabaco e, de modo geral, do uso de drogas ilícitas. Pode,

também, existir sobreposição entre transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e transtorno da personalidade antissocial; transtornos depressivos, bipolar e de ansiedade; e outros transtornos por uso de substância, como transtorno por uso de álcool e transtornos por uso de drogas ilícitas. O comportamento antissocial e o transtorno da personalidade antissocial estão especialmente associados ao transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos quando as substâncias são obtidas de forma ilegal.

Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e desadaptativas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos:
   1. Fala arrastada.
   2. Incoordenação.
   3. Marcha instável.
   4. Nistagmo.
   5. Prejuízo na cognição (p. ex., atenção, memória).
   6. Estupor ou coma.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Se houver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F13.129**, e se houver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F13.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, então o código da CID-10-MC é **F13.929**.

Nota: Para informações sobre Desenvolvimento e Curso; Fatores de Risco e Prognóstico; Questões Diagnósticas Relativas à Cultura; Marcadores Diagnósticos; Consequências Funcionais da Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; e Comorbidade, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características Diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas e clinicamente significativas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, julgamento prejudicado e prejuízo no funcionamento social ou profissional) que se desenvolvem durante ou logo após o uso de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico (Critérios A e B). Como no caso de outros depressores cerebrais, como o álcool, esses comportamentos podem ser acompanhados de fala arrastada, incoordenação (em níveis que podem interferir na capacidade de condução de veículos e no desempenho de atividades habituais a ponto de causar quedas ou acidentes de trânsito), marcha instável, nistagmo, comprometimento da cognição (problemas de atenção ou memória) e estupor ou coma (Critério C). O comprometimento da memória é um aspecto proeminente da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, sendo mais frequentemente caracterizado por uma amnésia anterógrada que lembra os "apagões alcoólicos", a qual pode ser bastante perturbadora para o indivíduo. Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem

ser mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). A intoxicação pode ocorrer em indivíduos cujo uso se dá por meio de prescrição, que estão tomando medicamentos emprestados de amigos ou parentes ou que consomem a substância deliberadamente com a finalidade de intoxicação.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

As características associadas incluem a administração de medicamentos em doses superiores às prescritas, administração de múltiplos medicamentos diferentes ou mistura de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com álcool, o que pode aumentar acentuadamente os efeitos desses agentes.

Prevalência

A prevalência da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos na população em geral não está clara. Contudo, é provável que a maioria dos usuários de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sem fins medicinais em algum momento apresente sinais ou sintomas que satisfaçam os critérios para intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; nesse caso, então, a prevalência do uso de tais agentes sem fins medicinais na população em geral pode ser semelhante à prevalência da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Por exemplo, tranquilizantes são utilizados sem fins medicinais por 2,2% dos norte-americanos com idade superior aos 12 anos.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos por uso de álcool. Como as apresentações clínicas podem ser idênticas, distinguir a intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos dos transtornos por uso de álcool requer evidências da ingestão recente de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos por meio de autorrelato, relato de outras pessoas, ou exames toxicológicos. Muitos indivíduos que fazem mau uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem também fazer mau uso de álcool e de outras substâncias, e, portanto, é possível o diagnóstico de intoxicação por múltiplas substâncias.

Intoxicação por álcool. A intoxicação por álcool pode ser distinguida da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pelo odor de álcool no hálito. Caso contrário, as características dos dois transtornos podem ser semelhantes.

Outros transtornos induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos distingue-se de outros transtornos induzidos por tais agentes (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início durante a abstinência) porque os sintomas desses transtornos predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Transtornos neurocognitivos. Em situações em que há comprometimento cognitivo, lesão cerebral traumática e *delirium* decorrentes de outras causas, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem causar intoxicação em doses bastante baixas. O diagnóstico diferencial nesses contextos complexos baseia-se na síndrome predominante. Um diagnóstico adicional de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode ser adequado mesmo se a substância tiver sido ingerida em baixa dosagem no caso dessas condições concomitantes (ou condições semelhantes).

Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Critérios Diagnósticos

A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descrita no Critério A:
   1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 bpm).

2. Tremor nas mãos.
3. Insônia.
4. Náusea ou vômito.
5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
6. Agitação psicomotora.
7. Ansiedade.
8. Convulsões do tipo grande mal.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Especificar se:

Com perturbações da percepção: Este especificador pode ser indicado quando ocorrem alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de *delirium*.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.0**. O código da CID-10-MC para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos depende da existência de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado ou grave comórbido e de haver ou não perturbações da percepção. Para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sem perturbações da percepção, o código da CID-10-MC é **F13.239**. Para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com perturbações da percepção, o código da CID-10-MC é **F13.232**. Observe que os códigos da CID-10-MC indicam a presença comórbida de um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos leve comórbido com abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Nota: Para informações sobre Desenvolvimento e Curso; Fatores de Risco e Prognóstico; Questões Diagnósticas Relativas à Cultura; Consequências Funcionais da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; e Comorbidade, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é a presença de uma síndrome típica que se desenvolve em resposta a uma diminuição acentuada ou cessação do consumo após várias semanas ou mais de uso regular (Critérios A e B). Essa síndrome de abstinência é caracterizada por dois ou mais sintomas (similar à abstinência de álcool) que incluem hiperatividade autonômica (p. ex., aumentos na frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial ou temperatura corporal, juntamente com sudorese); tremor das mãos; insônia; náusea, acompanhada ocasionalmente por vômito; ansiedade; e agitação psicomotora. Uma convulsão do tipo grande mal pode ocorrer em até 20 a 30% dos indivíduos que passam por uma abstinência não tratada dessas substâncias. Na abstinência grave, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas podem ocorrer, mas estão geralmente inseridas no contexto de *delirium*. Se o teste de realidade da pessoa estiver intacto (i.e., ela sabe que a substância está causando as alucinações), e as ilusões ocorrerem em um sensório claro, o especificador "com perturbações da percepção" pode ser incluído. Quando as alucinações ocorrem na ausência de teste de realidade intacto, deve-se considerar o diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem ser mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., abstinência de álcool ou transtorno de ansiedade generalizada) (Critério D). O alívio dos sintomas de abstinência com a administração de qualquer agente sedativo-hipnótico apoia um diagnóstico de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O momento e a gravidade da síndrome de abstinência serão diferentes conforme a substância específica e sua farmacocinética e farmacodinâmica. Por exemplo, a abstinência de substâncias de ação mais curta que são rapidamente absorvidas e que não têm metabólitos ativos (p. ex., triazolam) pode se iniciar no prazo de horas após a interrupção de uso da substância; a abstinência de substâncias com metabólitos de ação prolongada (p. ex., diazepam) pode começar somente após 1 a 2 dias, ou seu início demorar ainda mais. A síndrome de abstinência produzida por substâncias nessa classe pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de *delirium* possivelmente letal. Há evidências de tolerância e abstinência na ausência de um diagnóstico de transtorno por uso de substância quando da descontinuação abrupta de benzodiazepínicos administrados durante períodos prolongados em doses terapêuticas com prescrição médica. Contudo, os códigos da CID-10-MC permitem o diagnóstico de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apenas na presença comórbida de um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos de moderado a grave.

O curso temporal da síndrome de abstinência em geral é previsto pela meia-vida da substância. Os medicamentos cujos efeitos geralmente duram cerca de 10 horas ou menos (p. ex., lorazepam, oxazepam, temazepam) produzem sintomas de abstinência no prazo de 6 a 8 horas após a diminuição dos níveis sanguíneos, atingindo um pico de intensidade no segundo dia e melhorando acentuadamente por volta do quarto ou quinto dia. No caso de substâncias com meia-vida mais longa (p. ex., diazepam), os sintomas podem não se desenvolver antes de haver decorrido uma semana, alcançando uma intensidade máxima durante a segunda semana, e diminuindo acentuadamente por volta da terceira ou quarta semana. Pode haver sintomas adicionais mais duradouros em um nível de intensidade muito menor, os quais persistem durante vários meses.

Quanto mais tempo a substância tiver sido consumida e quanto maiores as doses utilizadas, maior a probabilidade de haver abstinência grave. Contudo, há relatos de abstinência com apenas 15 mg de diazepam (ou seu equivalente de outros benzodiazepínicos) com uso diário por vários meses. Doses diárias de aproximadamente 40 mg de diazepam (ou seu equivalente) têm mais probabilidade de produzir sintomas de abstinência clinicamente significativos, e doses ainda maiores (p. ex., 100 mg de diazepam) apresentam maior propensão a serem seguidas por convulsões ou *delirium* por abstinência. O *delirium* por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos caracteriza-se por perturbações na consciência e na cognição, com alucinações visuais, táteis ou auditivas. Quando presente, o *delirium* por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser diagnosticado em vez de abstinência.

Prevalência

A prevalência da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não está clara.

Marcadores Diagnósticos

Convulsões e instabilidade autonômica no caso de história de exposição prolongada a medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sugerem grande probabilidade de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Diagnóstico Diferencial

Outras condições médicas. Os sintomas de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser mimetizados por outras condições médicas (p. ex., hipoglicemia, cetoacidose diabética). Se convulsões forem uma característica da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, o diagnóstico diferencial inclui as diversas causas de convulsões (p. ex., infecções, traumatismo craniano, envenenamentos).

Tremor essencial. Tremor essencial, um transtorno geralmente familiar, pode sugerir equivocadamente o tremor associado à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Abstinência de álcool. A abstinência de álcool produz uma síndrome muito semelhante à da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Outros transtornos induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos distingue-se dos outros transtornos induzidos por esses agentes (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início durante a abstinência) porque os sintomas desses transtornos predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Transtornos de ansiedade. A recorrência ou o agravamento de um transtorno de ansiedade subjacente produz uma síndrome semelhante à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Suspeita-se de abstinência com uma redução abrupta da dosagem de um medicamento sedativo, hipnótico ou ansiolítico. Quando a dose está sendo reduzida gradualmente, distinguir a síndrome de abstinência do transtorno de ansiedade subjacente pode ser difícil. Como ocorre com o álcool, sintomas residuais de abstinência (p. ex., ansiedade, flutuação do humor e dificuldades no sono) podem ser confundidos com ansiedade não induzida por medicamento/substância ou transtornos depressivos (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada).

Outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Os seguintes transtornos induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno bipolar induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Transtornos Depressivos"); transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Transtornos de Ansiedade"); transtorno do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Transtornos do Sono-Vigília"); disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Disfunções Sexuais"); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Transtornos Neurocognitivos"). Para *delirium* por intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e *delirium* por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são diagnosticados em lugar de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Não Especificado

292.9 (F13.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Estimulantes

Transtorno por Uso de Estimulantes
Intoxicação por Estimulantes
Abstinência de Estimulantes
Outros Transtornos Induzidos por Estimulantes
Transtorno Relacionado a Estimulantes Não Especificado

Transtorno por Uso de Estimulantes

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão de uso de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. O estimulante é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de estimulantes.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do estimulante, em utilização, ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o estimulante.
   5. Uso recorrente de estimulantes resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso continuado de estimulantes apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do estimulante.
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de estimulantes.
   8. Uso recorrente de estimulantes em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
   9. O uso de estimulantes é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo estimulante.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do estimulante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do estimulante.

      Nota: Este critério não é considerado em indivíduos cujo uso de medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica adequada, como no caso de medicação para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou narcolepsia.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
      a. Síndrome de abstinência característica para o estimulante (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de estimulantes, p. 569).
      b. O estimulante (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

      Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica adequada, como no caso de medicação para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou narcolepsia.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de estimulantes terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de estimulantes foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o estimulante", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de estimulantes terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de estimulantes foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o estimulante", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a estimulantes é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por anfetamina, abstinência de anfetamina ou outro transtorno mental induzido por anfetamina, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de anfetamina. No caso, o transtorno por uso de anfetamina comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por anfetamina (ver a nota para codificação para intoxicação por anfetamina, abstinência de anfetamina ou um transtorno mental induzido por anfetamina específico). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno depressivo induzido por substância tipo anfetamina ou outros estimulantes com transtorno por uso de substância tipo anfetamina ou outros estimulantes, apenas o código para transtorno depressivo induzido por substância tipo anfetamina ou outros estimulantes é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de substância tipo anfetamina ou outros estimulantes comórbido é leve, moderado ou grave: F15.14 para transtorno por uso de substância tipo anfetamina ou outros estimulantes leve com transtorno depressivo induzido por substância tipo anfetamina ou outros estimulantes ou F15.24 para transtorno por uso de substância tipo anfetamina ou outros estimulantes moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por substância tipo anfetamina ou outros estimulantes. De modo semelhante, se houver transtorno depressivo induzido por cocaína comórbido com transtorno por uso de cocaína, apenas o código para transtorno depressivo induzido por cocaína deve ser fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de cocaína comórbido é leve, moderado ou grave: F14.14 para transtorno por uso de cocaína leve com transtorno depressivo induzido por cocaína ou F14.24 para transtorno por uso de cocaína moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por cocaína.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.
- **305.70 (F15.10)** Substância tipo anfetamina
- **305.60 (F14.10)** Cocaína
- **305.70 (F15.10)** Outro estimulante ou estimulante não especificado

Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.
- **304.40 (F15.20)** Substância tipo anfetamina
- **304.20 (F14.20)** Cocaína
- **304.40 (F15.20)** Outro estimulante ou estimulante não especificado

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.
- **304.40 (F15.20)** Substância tipo anfetamina
- **304.20 (F14.20)** Cocaína
- **304.40 (F15.20)** Outro estimulante ou estimulante não especificado

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

A anfetamina e os estimulantes tipo anfetamina incluem substâncias com uma estrutura de feniletilamina substituída, tais como anfetamina, dextroanfetamina e metanfetamina. Também se incluem substâncias estruturalmente diferentes, mas que apresentam efeitos semelhantes, como metilfenidato. Essas substâncias em geral são consumidas via oral ou intravenosa, embora a metanfetamina também seja consumida por via nasal. Além dos compostos sintéticos do tipo anfetamina, existem estimulantes naturais, extraídos de plantas, como o *khât*. Anfetaminas e outros estimulantes podem ser obtidos por meio de receita médica para o tratamento de obesidade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e narcolepsia. Consequentemente, estimulantes com prescrição podem ser desviados para o mercado negro. Os efeitos de anfetaminas e substâncias do tipo anfetamina são semelhantes aos efeitos da cocaína, de forma que os critérios para transtorno por uso de estimulantes são apresentados aqui como um único transtorno com a capacidade de especificar o estimulante em questão usado pelo indivíduo. A cocaína pode ser consumida por meio de diversas preparações (p. ex., folhas de coca, pasta de coca, cloridrato de cocaína e alcaloides de cocaína, tais como cocaína *freebase* e *crack*) que diferem em potência devido a variados níveis de pureza e de rapidez de início dos efeitos. Contudo, em todas as formas da substância, a cocaína é o ingrediente ativo. O pó de cloridrato de cocaína geralmente é "cheirado" através das narinas ou dissolvido em água e injetado via intravenosa.

Indivíduos expostos a estimulantes tipo anfetamina ou cocaína podem desenvolver transtorno por uso de estimulantes em apenas uma semana, embora o início nem sempre seja tão rápido. Independentemente da via de administração, ocorre tolerância com o uso repetido. Sintomas de abstinência, em particular hipersonia, aumento do apetite e disforia, podem ocorrer e intensificar a fissura pela droga. A maioria dos indivíduos com transtorno por uso de estimulantes experimentou tolerância ou abstinência.

Os padrões de uso e o curso são semelhantes entre transtornos envolvendo estimulantes tipo anfetamina e cocaína, já que ambas as substâncias são potentes estimulantes do sistema nervoso central com efeitos psicoativos e simpatomiméticos semelhantes. Estimulantes tipo anfetamina têm ação mais prolongada que cocaína e, portanto, são usados menos vezes por dia. O uso pode ser crônico ou episódico, com momentos de consumo compulsivo intercalados por períodos breves sem uso. Comportamento agressivo ou violento é comum quando doses altas são fumadas, ingeridas ou administradas via intravenosa. Ansiedade temporária intensa que lembra transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada, bem como ideação paranoide e episódios psicóticos que lembram esquizofrenia, são observados com o uso de dosagens elevadas.

Os estados de abstinência estão associados a sintomas depressivos temporários, porém intensos, que podem se assemelhar a episódio depressivo maior; os sintomas depressivos geralmente se resolvem em uma semana. A tolerância a estimulantes tipo anfetamina se desenvolve e leva a doses progressivamente maiores. No entanto, alguns usuários de estimulantes tipo anfetamina desenvolvem sensibilização, caracterizada por intensificação dos efeitos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Quando injetados ou fumados, os estimulantes geralmente produzem uma sensação imediata de bem-estar, autoconfiança e euforia. Alterações comportamentais drásticas podem se desenvolver rapidamente com o transtorno por uso de estimulantes. Comportamento caótico, isolamento social, comportamento agressivo e disfunção sexual podem resultar do transtorno por uso de estimulantes de longo prazo.

Indivíduos com intoxicação aguda podem apresentar fuga de ideias, cefaleia, ideias de referência transitórias e zumbido. Pode haver ideação paranoide, alucinações auditivas com sensório claro e alucinações táteis, as quais o indivíduo normalmente reconhece como os efeitos da droga. Ameaças e manifestação de comportamento agressivo podem ocorrer. Depressão, ideação suicida, irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e na concentração ocorrem com frequência durante a abstinência. Perturbações mentais associadas ao uso da cocaína geralmente se resolvem em um prazo de horas a dias após a interrupção do uso, mas podem per-

sistir durante um mês. Alterações fisiológicas durante a abstinência de estimulantes são opostas às da fase de intoxicação e às vezes incluem bradicardia. Sintomas depressivos temporários podem satisfazer os critérios de sintomas e de duração para um episódio depressivo maior. História consistente com ataques de pânico repetidos, comportamento semelhante a transtorno de ansiedade social (fobia social) e síndromes semelhantes à ansiedade generalizada são comuns, bem como transtornos alimentares. Um exemplo extremo da toxicidade de estimulantes é o transtorno psicótico induzido por estimulantes, um transtorno que se assemelha à esquizofrenia, com delírios e alucinações.

Indivíduos com transtorno por uso de estimulantes costumam desenvolver respostas condicionadas a estímulos relacionados a drogas (p. ex., fissura pela droga ao ver uma substância em forma de pó branco). Essas respostas contribuem para a recaída, são difíceis de eliminar e persistem após a desintoxicação.

Sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida podem ocorrer e geralmente constituem os problemas mais graves durante a abstinência de estimulantes.

Prevalência

Transtorno por uso de estimulantes: estimulantes tipo anfetamina. Estima-se que a prevalência de 12 meses do transtorno por uso de estimulantes tipo anfetamina nos Estados Unidos seja de 0,2% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 0,2% entre indivíduos a partir dos 18 anos. As taxas são similares entre homens e mulheres adultos (0,2%), mas, dos 12 aos 17 anos, a taxa para meninas (0,3%) é superior à taxa para meninos (0,1%). O uso de estimulantes via intravenosa apresenta uma proporção entre os sexos masculino e feminino de 3:1 ou de 4:1, mas as taxas são mais equilibradas entre usuários que não injetam a substância, sendo que indivíduos do sexo masculino constituem 54% das internações primárias para tratamento. A prevalência de 12 meses é maior dos 18 aos 29 anos (0,4%) em comparação com a faixa dos 45 aos 64 anos (0,1%). No caso de indivíduos dos 12 aos 17 anos, as taxas mais altas são de brancos e afro-americanos (0,3%) em comparação a hispânicos (0,1%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,01%), sendo que o transtorno por uso de estimulantes tipo anfetamina é praticamente nulo entre índios norte-americanos. Entre adultos, as taxas mais altas são de índios norte-americanos e nativos do Alasca (0,6%) em comparação com brancos (0,2%) e hispânicos (0,2%), sendo que o transtorno por uso de estimulantes tipo anfetamina é praticamente nulo entre afro-americanos e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico. O uso de estimulantes de prescrição sem receita médica no ano anterior ocorreu entre 5 e 9% das crianças até o ensino médio, sendo que 5 a 35% das pessoas em idade universitária relataram uso no ano anterior.

Transtorno por uso de estimulantes: cocaína. Estima-se que a prevalência de 12 meses do transtorno por uso de cocaína nos Estados Unidos seja de 0,2% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 0,3% entre indivíduos a partir dos 18 anos. As taxas são mais elevadas entre o sexo masculino (0,4%) do que o feminino (0,1%). As taxas mais altas estão entre os 18 e os 29 anos (0,6%), e as mais baixas, dos 45 aos 64 anos (0,1%). Em adultos, os índices são maiores entre índios norte-americanos (0,8%) em comparação com afro-americanos (0,4%), hispânicos (0,3%), brancos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,1%). Em contrapartida, dos 12 aos 17 anos, as taxas são semelhantes entre hispânicos (0,2%), brancos (0,2%) e asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (0,2%) e mais baixas entre afro-americanos (0,02%), sendo que o transtorno por uso de cocaína é praticamente inexistente entre índios norte-americanos e nativos do Alasca.

Desenvolvimento e Curso

Os transtornos por uso de estimulantes ocorrem em todos os níveis da sociedade, e são mais comuns entre indivíduos dos 12 aos 25 anos em comparação àqueles a partir dos 26 anos de idade. O primeiro uso regular entre pessoas sob tratamento ocorre, em média, por volta dos 23 anos. No caso da primeira internação para tratamento primário do uso de metanfetamina, a média de idade é de 31 anos.

Alguns indivíduos começam a usar estimulantes para controlar o peso ou para melhorar o desempenho na escola, no trabalho ou nos esportes, o que inclui obter medicamentos como metilfenidato ou sais de anfetamina prescritos para outras pessoas para o tratamento do transtorno

de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno por uso de estimulantes pode se desenvolver rapidamente com a administração via intravenosa ou fumada; entre as internações primárias decorrentes do uso de estimulantes tipo anfetamina, 66% relataram fumar, 18% relataram injetar, e 10% relataram inalar.

Os padrões de administração de estimulantes incluem uso episódico ou diário (ou quase diário). O uso episódico tende a ser intercalado com dois ou mais dias sem uso (p. ex., uso intenso durante um fim de semana ou em um ou mais dias da semana). "Compulsões" (*binges*) envolvem o uso contínuo de altas doses durante horas ou dias e frequentemente estão associadas à dependência física. As compulsões geralmente são interrompidas apenas quando acaba o estoque de estimulantes ou quando o indivíduo fica exausto. O uso diário crônico pode envolver doses altas ou baixas, frequentemente com aumento da dose ao longo do tempo.

O fumar estimulantes e seu uso intravenoso estão associados a uma rápida progressão para transtorno por uso de estimulantes grave, geralmente com ocorrência ao longo de semanas a meses. O uso intranasal de cocaína e o uso oral de estimulantes tipo anfetamina resultam em uma progressão mais gradual, que leva meses a anos. Com o uso contínuo, há redução dos efeitos prazerosos, devido à tolerância, e aumento dos efeitos disfóricos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Comorbidade com transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno da personalidade antissocial e com outros transtornos por uso de substância é fator de risco para o desenvolvimento de transtorno por uso de estimulantes e para recaída do uso de cocaína em amostras de indivíduos sob tratamento. Impulsividade e traços semelhantes de personalidade também podem afetar os resultados do tratamento. Transtorno da conduta na infância e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta estão associados ao desenvolvimento posterior de transtornos relacionados a estimulantes.

Ambientais. Indicadores do uso de cocaína entre adolescentes incluem exposição pré-natal a cocaína, uso de cocaína pelos pais no período pós-natal e exposição à violência na comunidade durante a infância. No caso de jovens, especialmente do sexo feminino, os fatores de risco incluem viver em um ambiente doméstico instável, apresentar uma condição psiquiátrica e associar-se a usuários e fornecedores.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Transtornos derivados do uso de estimulantes afetam todos os grupos raciais/étnicos, socioeconômicos, etários e de gênero. As questões diagnósticas podem estar relacionadas a consequências sociais (p. ex., detenção, suspensões escolares ou do trabalho). Apesar de pequenas variações, os critérios diagnósticos do transtorno por uso de cocaína e outros estimulantes têm o mesmo desempenho em diferentes grupos raciais/étnicos e entre gêneros.

O uso crônico de cocaína causa deficiência no funcionamento ventricular esquerdo do coração em afro-americanos. Aproximadamente 66% dos indivíduos com internação decorrente primariamente de transtornos relacionados a metanfetaminas/anfetaminas são brancos não hispânicos, seguidos por 21% de indivíduos de origem hispânica, 3% de asiáticos e nativos das ilhas do Pacífico e 3% de negros não hispânicos.

Marcadores Diagnósticos

A benzoilecognina, um metabólito da cocaína, normalmente permanece na urina durante 1 a 3 dias depois de uma dose única e pode ficar presente durante 7 a 12 dias em indivíduos que usam altas doses repetidamente. Exames de função hepática levemente elevados podem estar presentes em usuários de cocaína injetável ou naqueles que fazem uso concomitante de álcool. Não há marcadores neurobiológicos de utilidade diagnóstica. A descontinuação do uso crônico de cocaína pode estar associada a alterações eletrencefalográficas, o que sugere anormalidade persistente; alterações nos padrões de secreção de prolactina; e *downregulation* dos receptores dopaminérgicos.

Estimulantes tipo anfetamina de meia-vida curta (MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina], metanfetamina) podem ser detectados durante 1 a 3 dias e possivelmente até 4 dias, dependendo da dosagem e do metabolismo. Amostras de cabelo podem ser usadas para detectar a presença de estimulantes tipo anfetamina por até 90 dias. Outros achados laboratoriais, bem como achados físicos e outras condições médicas (p. ex., perda de peso, desnutrição; má higiene), são semelhantes tanto para transtorno por uso de cocaína como por uso de estimulantes tipo anfetamina.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Estimulantes

Diversas condições médicas podem ocorrer dependendo da via de administração. As pessoas que usam estimulantes por via intranasal frequentemente desenvolvem sinusite, irritação e sangramento da mucosa nasal e perfuração do septo nasal. Aquelas que fumam as substâncias apresentam maior risco de problemas respiratórios (p. ex., tosse, bronquite e pneumonite). As pessoas que injetam cocaína têm marcas e evidências de picadas em geral nos antebraços. O risco de infecção por HIV aumenta com injeções intravenosas frequentes e atividade sexual sem proteção. Observam-se também outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite, tuberculose e outras infecções pulmonares. Perda de peso e desnutrição são comuns.

Dor torácica pode ser um sintoma comum durante a intoxicação por estimulantes. Infarto do miocárdio, palpitações e arritmias, morte súbita decorrente de parada respiratória ou cardíaca e acidentes vasculares cerebrais foram associados ao uso de estimulantes entre jovens e indivíduos que, a não ser pelo uso de drogas, eram saudáveis. Convulsões podem ocorrer com o uso de estimulantes. Pneumotórax pode resultar de manobras do tipo Valsalva, realizadas para melhor absorver a fumaça inalada. Traumatismos decorrentes de comportamento violento são comuns entre traficantes da droga. O uso de cocaína está associado a irregularidades no fluxo sanguíneo placentário, descolamento de placenta, contrações e parto prematuro e maior prevalência de bebês com baixo peso ao nascer.

Indivíduos com transtorno por uso de estimulantes podem envolver-se em roubo, prostituição ou tráfico de drogas com a finalidade de adquirir drogas ou dinheiro para comprá-las.

Comprometimento neurocognitivo é comum entre usuários de metanfetamina. Problemas de saúde bucal incluem *meth mouth* (boca de metanfetamina) com doença gengival, cáries e aftas relacionadas com os efeitos tóxicos de fumar a droga e com o bruxismo durante a intoxicação. Efeitos pulmonares adversos parecem ser menos comuns com estimulantes tipo anfetamina porque são fumados menos vezes por dia. Visitas à emergência são comuns em virtude de sintomas de transtornos mentais, ferimentos, infecções cutâneas e patologia dentária relacionados a estimulantes.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais primários. Transtornos induzidos por estimulantes podem se assemelhar a transtornos mentais primários (p. ex., transtorno depressivo maior) (para abordagem desse diagnóstico diferencial, consultar "Abstinência de Estimulantes"). As perturbações mentais resultantes dos efeitos de estimulantes devem ser distinguidas dos sintomas de esquizofrenia; transtornos bipolares e depressivos; transtorno de ansiedade generalizada; e transtorno de pânico.

Intoxicação por fenciclidina. A intoxicação por fenciclidina ("PCP", ou "pó de anjo") ou por drogas sintéticas como mefedrona (conhecida por nomes diferentes, incluindo "Miau Miau") pode causar um quadro clínico semelhante e pode ser distinguida da intoxicação por estimulantes unicamente pela presença de metabólitos de cocaína ou de substância tipo anfetamina em uma amostra de urina ou plasma.

Intoxicação por e abstinência de estimulantes. A intoxicação por e a abstinência de estimulantes distinguem-se dos outros transtornos induzidos por estimulantes (p. ex., transtorno de ansiedade com início durante a intoxicação) porque os sintomas desses transtornos predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Comorbidade

Transtornos relacionados a estimulantes costumam ocorrer concomitantemente a outros transtornos por uso de substâncias, em especial os que envolvem substâncias com propriedades sedativas, as quais são consumidas para reduzir a insônia, o nervosismo e outros efeitos colaterais desagradáveis. Usuários de cocaína normalmente usam álcool, enquanto usuários de estimulantes tipo anfetamina costumam usar *Cannabis*. O transtorno por uso de estimulantes pode estar associado a transtorno de estresse pós-traumático, transtorno da personalidade antissocial, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno do jogo. Problemas cardiopulmonares costumam estar presentes em indivíduos que buscam tratamento para problemas relacionados à cocaína, sendo dor torácica o mais comum. Problemas médicos ocorrem em resposta a adulterantes usados como agentes de "mistura". Usuários de cocaína que a ingerem misturada com levamisol, um medicamento antimicrobiano de uso veterinário, podem sofrer agranulocitose e neutropenia febril.

Intoxicação por Estimulantes

Critérios Diagnósticos

A. Uso recente de uma substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de um estimulante.
C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de estimulantes.
   1. Taquicardia ou bradicardia.
   2. Dilatação pupilar.
   3. Pressão arterial elevada ou diminuída.
   4. Transpiração ou calafrios.
   5. Náusea ou vômito.
   6. Evidências de perda de peso.
   7. Agitação ou retardo psicomotor.
   8. Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas.
   9. Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especificar **o intoxicante em questão** (i.e., substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante).

Especificar se:

Com perturbações da percepção: Este especificador pode ser indicado quando alucinações ocorrem com teste de realidade intacto ou quando ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de *delirium*.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende de o estimulante ser uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante; de haver comorbidade com transtorno por uso de anfetamina, cocaína ou outro estimulante; e da ocorrência de perturbações da percepção.

Para intoxicação por anfetamina, cocaína ou outro estimulante, sem perturbações da percepção: Se houver transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F15.129**, e se houver transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F15.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante, então o código da CID-10-MC é **F15.929**. De modo semelhante, se houver transtorno por uso de cocaína leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F14.129**, e se houver transtorno por uso de cocaína moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F14.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de cocaína, então o código da CID-10-MC é **F14.929**.

Para intoxicação por anfetamina, cocaína ou outro estimulante, com perturbações da percepção: Se houver transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F15.122**, e se houver transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F15.222**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de anfetamina ou outro estimulante, então o código da CID-10-MC é **F15.922**. De modo semelhante, se houver transtorno por uso de cocaína leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F14.122**, e se houver transtorno por uso de cocaína moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F14.222**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de cocaína, então o código da CID-10-MC é **F14.922**.

Características Diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por estimulantes relacionada a estimulantes tipo anfetamina e cocaína é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de estimulantes (Critérios A e B). Alucinações auditivas podem ser proeminentes, assim como ideação paranoide, e esses sintomas devem ser distinguidos de um transtorno psicótico independente, como esquizofrenia. A intoxicação por estimulantes geralmente começa com uma sensação de "barato" e inclui um ou mais dos seguintes sintomas: euforia com aumento do vigor, sociabilidade, hiperatividade, inquietação, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, alerta, grandiosidade, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, julgamento prejudicado e, no caso de intoxicação crônica, embotamento afetivo com fadiga ou tristeza e retraimento social. Essas alterações comportamentais e psicológicas são acompanhadas por dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas, que se desenvolvem durante ou logo após o uso da cocaína: taquicardia ou bradicardia; dilatação pupilar; pressão arterial elevada ou diminuída; transpiração ou calafrios; náusea ou vômito; evidências de perda de peso; agitação ou retardo psicomotor; fraqueza muscular; depressão respiratória; dor torácica ou arritmias cardíacas; confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma (Critério C). A intoxicação, aguda ou crônica, frequentemente está associada com comprometimento no funcionamento social ou profissional. A intoxicação grave pode levar a convulsões, arritmias cardíacas, hiperpirexia e morte. Para fazer um diagnóstico de intoxicação por estimulantes, os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem ser mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). Embora a intoxicação por estimulantes ocorra em indivíduos com transtorno por uso de estimulantes, ela não é um critério para o transtorno por uso de estimulantes, o qual é confirmado pela presença de dois dos 11 critérios diagnósticos para transtorno por uso.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A magnitude e a direção das alterações comportamentais e fisiológicas dependem de muitas variáveis, incluindo a dose usada e as características do indivíduo que faz uso da substância ou o contexto (p. ex., tolerância, taxa de absorção, cronicidade de uso, contexto no qual a droga é consumida). Efeitos estimulantes como euforia, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca e atividade psicomotora são os observados com maior frequência. Efeitos depressores, como tristeza, bradicardia, pressão arterial diminuída e redução da atividade psicomotora, são menos comuns e geralmente surgem apenas com o uso crônico de doses elevadas.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos induzidos por estimulantes. A intoxicação por estimulantes distingue-se dos outros transtornos induzidos por estimulantes (p. ex., transtorno depressivo, transtorno bipolar, transtorno psicótico, transtorno de ansiedade induzidos por estimulantes) porque a gravidade

dos sintomas de intoxicação ultrapassa a associada aos transtornos induzidos por estimulantes, e os sintomas justificam atenção clínica independente. *Delirium* por intoxicação por estimulantes distingue-se por uma perturbação no nível de consciência e alteração na cognição.

Outros transtornos mentais. Perturbações mentais salientes associadas com a intoxicação por estimulantes devem ser distinguidas dos sintomas de esquizofrenia tipo paranoide; transtornos bipolar e depressivo; transtorno de ansiedade generalizada; e transtorno de pânico conforme descrição no DSM-5.

Abstinência de Estimulantes

Critérios Diagnósticos

A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.
B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvidos no prazo de algumas horas a vários dias após o Critério A:
   1. Fadiga.
   2. Sonhos vívidos e desagradáveis.
   3. Insônia ou hipersonia.
   4. Aumento do apetite.
   5. Retardo ou agitação psicomotora.
C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.0**. O código da CID-10-MC depende de o estimulante ser uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante. O código da CID-10-MC para abstinência de anfetamina ou outro estimulante é **F15.23**, e o código da CID-10-MC para abstinência de cocaína é **F14.23**. Observe que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de anfetamina, cocaína ou outro estimulante moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de anfetamina, cocaína ou outro estimulante pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de anfetamina, cocaína ou outro estimulante moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de anfetamina, cocaína ou outro estimulante leve comórbido com abstinência de anfetamina, cocaína ou outro estimulante.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de estimulantes é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve no prazo de algumas horas a vários dias após a interrupção (ou redução acentuada) do uso de estimulantes (geralmente de altas doses) prolongado (Critério A). A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora (Critério B). Bradicardia costuma estar presente e é uma medida confiável de abstinência de estimulantes.

Anedonia e fissura pela droga também podem estar presentes, mas não fazem parte dos critérios diagnósticos. Esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não podem ser atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Sintomas agudos de abstinência ("repé") costumam ser observados após períodos de uso repetitivo de altas doses e caracterizam-se por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão e de aumento do apetite, geralmente exigindo vários dias de repouso e recuperação. Podem ocorrer sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida, que costumam ser os problemas mais graves observados durante o "repé" ou outras formas de abstinência de estimulantes. A maioria dos indivíduos com transtorno por uso de estimulantes passa por uma síndrome de abstinência em algum momento, e praticamente todos com o transtorno relatam tolerância.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno por uso de estimulantes e outros transtornos induzidos por estimulantes. A abstinência de estimulantes distingue-se do transtorno por uso de estimulantes e de outros transtornos induzidos por estimulantes (p. ex., *delirium*, transtorno depressivo, transtorno bipolar, transtorno psicóticos, transtorno de ansiedade, disfunção sexual, transtorno do sono induzido por estimulantes) porque os sintomas de abstinência predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Outros Transtornos Induzidos por Estimulantes

Os seguintes transtornos induzidos por estimulantes (que incluem transtornos induzidos por anfetaminas, cocaína e outros estimulantes) são descritos em outros capítulos do Manual, juntamente aos transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por estimulantes ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno bipolar induzido por estimulantes ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por estimulantes ("Transtornos Depressivos"); transtorno de ansiedade induzido por estimulantes ("Transtornos de Ansiedade"); transtorno obsessivo-compulsivo induzido por estimulantes (Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados"); transtorno do sono induzido por estimulantes ("Transtornos do Sono-Vigília"); e disfunção sexual induzida por estimulantes ("Disfunções Sexuais"). Para *delirium* por intoxicação por estimulantes, ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por estimulantes são diagnosticados em lugar de intoxicação por estimulantes ou abstinência de estimulantes apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Estimulantes Não Especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a estimulantes que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a estimulantes específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.9**. O código da CID-10-MC depende de o estimulante ser uma anfetamina, cocaína ou outro estimulante. O código da CID-10-MC para transtorno relacionado a anfetamina ou outro estimulante não especificado é **F15.99**. O código da CID-10-MC para um transtorno relacionado a cocaína não especificado é **F14.99**.

Transtornos Relacionados ao Tabaco

Transtorno por Uso de Tabaco
Abstinência de Tabaco
Outros Transtornos Induzidos por Tabaco
Transtorno Relacionado ao Tabaco Não Especificado

Transtorno por Uso de Tabaco

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de tabaco, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de tabaco.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção ou uso de tabaco.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco.
   5. Uso recorrente de tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., interferência no trabalho).
   6. Uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com os outros sobre o uso de tabaco).
   7. Importantes atividades sociais, profissional ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de tabaco.
   8. Uso recorrente de tabaco em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., fumar na cama).
   9. O uso de tabaco é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele.
   10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
      a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de tabaco para atingir o efeito desejado.
      b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.
   11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
      a. Síndrome de abstinência característica de tabaco (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de tabaco).
      b. Tabaco (ou uma substância estreitamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em terapia de manutenção: O indivíduo vem em uso de medicamentos de manutenção de longo prazo, como medicamentos de reposição de nicotina, e nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi satisfeito para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência do medicamento de reposição de nicotina).

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso ao tabaco é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver abstinência de tabaco ou outro transtorno do sono induzido por tabaco, não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de tabaco. No caso, o transtorno por uso de tabaco comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por tabaco (ver a nota para codificação para abstinência de tabaco ou um transtorno do sono induzido por tabaco). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno do sono induzido por tabaco e transtorno por uso de tabaco, apenas o código para transtorno do sono induzido por tabaco é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de tabaco comórbido é moderado ou grave: F17.208 para transtorno por uso de tabaco moderado ou grave com transtorno do sono induzido por tabaco. Não é permitido codificar um transtorno por uso de tabaco leve comórbido com transtorno do sono induzido por tabaco.

Especificar a gravidade atual:

305.1 (Z72.0) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

305.1 (F17.200) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

305.1 (F17.200) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em terapia de manutenção" aplica-se como um especificador a mais para indivíduos sob manutenção com outro medicamento para interrupção do uso de tabaco (p. ex., bupropiona, vareniclina) e como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em terapia de manutenção. "Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes incluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de tabaco é comum entre indivíduos que fazem uso de cigarros e outras formas de tabaco diariamente e incomum entre os que não fazem uso diário ou que usam medicamentos com nicotina. A tolerância ao tabaco é exemplificada pelo desaparecimento da náusea e da tontura após o consumo repetido e com um efeito mais intenso do tabaco na primeira utilização do dia. A interrupção do uso de tabaco pode produzir uma síndrome de abstinência bem definida. Muitos indivíduos com transtorno por uso de tabaco utilizam-no para aliviar ou para evitar os sintomas de abstinência (p. ex., ao saírem de uma situação na qual o uso é restrito). Muitos que usam tabaco apresentam doenças ou sintomas físicos relacionados à substância e continuam a fumá-la. A grande maioria relata fissura pela substância quando deixam de fumar por várias horas. Gastar uma grande quantidade de tempo usando o tabaco pode ser exemplificado por fumar um cigarro atrás do outro, sem intervalos. Como as fontes de tabaco são de fácil acesso e lícitas, e como a intoxicação por nicotina é muito rara, gastar muito tempo na tentativa de obter tabaco ou de recuperar-se de seus efeitos é incomum. A desistência de atividades sociais, profissionais ou recreacionais importantes pode ocorrer quando o indivíduo evita uma atividade porque esta ocorre em áreas onde o fumo é restrito. O uso de tabaco raramente resulta em fracasso em cumprir obrigações importantes (p. ex., interferência no trabalho ou nos afazeres domésticos), porém problemas sociais e interpessoais persistentes (p. ex., discutir com os outros sobre o uso de tabaco, evitar situações sociais devido à desaprovação do uso de tabaco pelos outros) ou uso que representa perigo à integridade física (p. ex., fumar na cama, fumar próximo a substâncias químicas inflamáveis) ocorrem

em prevalência intermediária. Embora esses critérios sejam preenchidos com menor frequência por usuários de tabaco, caso comprovados, podem indicar um transtorno mais grave.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Fumar nos primeiros 30 minutos após o despertar, fumar diariamente, fumar mais cigarros por dia e acordar à noite para fumar são características que estão associadas ao transtorno por uso de tabaco. Ocorrências ambientais podem despertar fissura e abstinência. Condições médicas graves, como câncer de pulmão e outros tipos de câncer, doenças cardíacas e pulmonares, problemas perinatais, tosse, falta de ar e envelhecimento acelerado da pele, ocorrem com frequência.

Prevalência

O cigarro é o produto de tabaco de uso mais comum e representa mais de 90% do consumo de tabaco/nicotina. Nos Estados Unidos, 57% dos adultos nunca fumaram, 22% são ex-fumantes, e 21% são fumantes. Aproximadamente 20% dos fumantes norte-americanos atuais não fumam diariamente. A prevalência de uso de tabaco não fumável é inferior a 5%, e a prevalência de tabaco usado em cachimbos e charutos é inferior a 1%.

Os critérios de dependência de nicotina do DSM-IV podem ser usados para estimar a prevalência do transtorno por uso de tabaco, mas, como constituem um subgrupo dos critérios para transtorno por uso de tabaco, a prevalência do transtorno por uso de tabaco deve ser um pouco maior. A prevalência de 12 meses da dependência de nicotina do DSM-IV nos Estados Unidos é de 13% entre adultos a partir dos 18 anos. As taxas são semelhantes entre homens adultos (14%) e mulheres adultas (12%) e declinam com a idade em índices que vão de 17% na faixa etária dos 18 aos 29 anos para 4% entre indivíduos a partir dos 65 anos. A prevalência de dependência de nicotina atual é maior entre índios norte-americanos e nativos do Alasca (23%) do que entre brancos (14%), mas é menor entre afro-americanos (10%), asiático-americanos e nativos das ilhas do Pacífico (6%) e hispânicos (6%). A prevalência entre fumantes diários na atualidade é de aproximadamente 50%.

Em muitos países em desenvolvimento, a prevalência do tabagismo é muito maior em indivíduos do sexo masculino do que nos do sexo feminino, o que não é o caso dos países desenvolvidos. Contudo, costuma haver atraso na transição demográfica, de modo que o tabagismo aumenta no sexo feminino mais tarde.

Desenvolvimento e Curso

A maioria dos adolescentes norte-americanos experimenta tabaco, e, até os 18 anos, cerca de 20% fumam pelo menos mensalmente. A maioria desses indivíduos evolui para o uso diário de tabaco. A iniciação no fumo após os 21 anos é rara. De modo geral, alguns sintomas dos critérios para transtorno por uso de tabaco ocorrem logo após o início do hábito, e o padrão de uso de muitos indivíduos satisfaz os critérios para transtorno por uso de tabaco atual até o fim da adolescência. Mais de 80% dos indivíduos que usam tabaco tentam abandonar o hábito após algum tempo, mas 60% sofrem recaída no prazo de uma semana, e menos de 5% permanecem abstinentes até o fim da vida. Contudo, a maioria das pessoas que usa tabaco faz múltiplas tentativas, de modo que metade dos usuários de tabaco atinge abstinência. Indivíduos que usam tabaco e que abandonam o hábito normalmente não conseguem fazê-lo antes dos 30 anos. Embora o tabagismo não diário nos Estados Unidos fosse raro anteriormente, tornou-se mais prevalente na última década, sobretudo entre indivíduos mais jovens que usam tabaco.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Indivíduos com traços de personalidade externalizantes estão mais propensos a iniciar o uso de tabaco. Crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno da conduta e adultos com transtornos depressivo, bipolar, de ansiedade, da personalidade, psicótico ou por uso de outras substâncias correm maior risco de iniciar e continuar o uso de tabaco e de desenvolver transtorno por uso da substância.

Ambientais. Indivíduos de baixa renda e baixo nível educacional estão mais propensos a iniciar o uso de tabaco e têm menos probabilidade de interrompê-lo.

Genéticos e fisiológicos. Fatores genéticos contribuem para o início do uso de tabaco, para a continuidade do uso e para o desenvolvimento do transtorno por uso de tabaco, com um grau de herdabilidade equivalente ao observado em outros transtornos por uso de substância (i.e., cerca de 50%). Parte desse risco é específico para tabaco e parte é comum com a vulnerabilidade para desenvolver qualquer transtorno por uso de substância.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Culturas e subculturas apresentam ampla variação quanto à aceitação do uso de tabaco. A prevalência do uso da substância entrou em declínio nos Estados Unidos dos anos de 1960 aos anos de 1990, mas tal queda foi menos evidente nas populações afro-americana e hispânica. O tabagismo em países em desenvolvimento também é mais prevalente do que em países desenvolvidos. Ainda não é claro o grau em que essas diferenças culturais se devem à renda, à educação e a programas de controle do tabagismo em determinados países. Fumantes brancos não hispânicos parecem estar mais propensos a desenvolver transtorno por uso de tabaco do que outros fumantes. Algumas diferenças étnicas podem ter base biológica. Homens afro-americanos tendem a apresentar níveis mais elevados de nicotina no sangue com uma determinada quantidade de cigarros, o que pode contribuir para maior dificuldade do abandono do hábito. A rapidez do metabolismo da nicotina é significativamente diferente no caso de brancos em comparação com afro-americanos e pode variar conforme os genótipos associados às etnias.

Marcadores Diagnósticos

Monóxido de carbono no ar expirado, nicotina e seu metabólito cotinina no sangue, na saliva ou na urina, podem medir a extensão do uso atual de tabaco ou nicotina; entretanto, estão apenas fracamente relacionados ao transtorno por uso de tabaco.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Tabaco

As consequências médicas do uso de tabaco frequentemente se iniciam quando os usuários chegam à faixa dos 40 anos e costumam tornar-se progressivamente mais debilitantes ao longo do tempo. Metade dos fumantes que não interrompem o uso de tabaco morre de forma precoce devido a doenças relacionadas à substância, e morbidade relacionada ao tabagismo ocorre em mais da metade dos usuários de tabaco. A maioria das condições médicas resulta da exposição ao monóxido de carbono, ao alcatrão e a outros componentes não nicotínicos do tabaco. O principal indicador de reversibilidade é a duração do hábito. Fumantes passivos correm risco 30% maior de doença cardíaca e câncer. O uso prolongado de medicamentos com nicotina não parece causar nenhum dano médico.

Comorbidade

As doenças médicas mais comuns decorrentes do tabagismo são doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer. O tabagismo também intensifica problemas perinatais, como baixo peso ao nascer e aborto espontâneo. As comorbidades psiquiátricas mais comuns são transtornos por uso de álcool/substância, depressivo, bipolar, de ansiedade, da personalidade e de déficit de atenção/hiperatividade. Em indivíduos com transtorno por uso de tabaco atual, a prevalência de transtornos atuais por uso de álcool, de drogas, de ansiedade, depressivo, bipolar e da personalidade varia de 22 a 32%. Fumantes dependentes de nicotina apresentam probabilidade 2,7 a 8,1 vezes maior de apresentar esses transtornos do que fumantes não dependentes, pessoas que nunca fumaram ou ex-fumantes.

Abstinência de Tabaco

Critérios Diagnósticos **292.0 (F17.203)**

A. Uso diário de tabaco durante um período mínimo de várias semanas.
B. Cessação abrupta do uso de tabaco, ou redução da quantidade de tabaco utilizada, seguida, no prazo de 24 horas, por quatro (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
   1. Irritabilidade, frustração ou raiva.
   2. Ansiedade.
   3. Dificuldade de concentração.
   4. Aumento do apetite.
   5. Inquietação.
   6. Humor deprimido.
   7. Insônia.
C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é 292.0. O código da CID-10-MC para abstinência de tabaco é F17.203. Observar que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de tabaco moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência de tabaco pode ocorrer apenas na presença de um transtorno por uso de tabaco moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de tabaco leve comórbido com abstinência de tabaco.

Características Diagnósticas

Os sintomas de abstinência prejudicam a capacidade de interromper o uso de tabaco. Os sintomas após a abstinência de tabaco devem-se, em grande parte, à privação de nicotina. Os sintomas são muito mais intensos entre indivíduos que fumam cigarros ou formas não fumáveis de tabaco do que entre aqueles que usam medicamentos com nicotina. A diferença na intensidade dos sintomas provavelmente se deve ao início mais rápido e aos níveis mais altos de nicotina com o fumo de cigarros. A abstinência de tabaco é comum entre usuários diários da substância que interrompem ou reduzem o hábito, mas também pode ocorrer entre usuários não diários. Em geral, a frequência cardíaca se reduz em 5 a 12 batimentos por minuto nos primeiros dias após a interrupção do tabagismo, e o peso aumenta em média 2 a 3 quilos ao longo do primeiro ano após a interrupção do tabagismo. A abstinência de tabaco pode produzir alterações no humor e prejuízo do funcionamento clinicamente significativos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A fissura por consumir alimentos doces ou açucarados e o comprometimento do desempenho em tarefas que exigem alerta estão associados à abstinência de tabaco. A abstinência pode aumentar constipação, tosse, tontura, sonhos/pesadelos, náusea e dor de garganta. O tabagismo aumenta o metabolismo de vários medicamentos usados para tratar transtornos mentais; portanto, sua interrupção pode aumentar os níveis sanguíneos desses medicamentos, o que pode produzir resultados clinicamente significativos. Esse efeito parece ser devido não à nicotina, e sim a outros compostos presentes no tabaco.

Prevalência

Aproximadamente 50% dos usuários de tabaco que abandonaram o hábito durante dois dias ou mais apresentam sintomas que satisfazem os critérios para abstinência de tabaco. Os sinais e sintomas referidos com mais frequência são ansiedade, irritabilidade e dificuldade de concentração. Os sintomas menos referidos são depressão e insônia.

Desenvolvimento e Curso

A abstinência de tabaco normalmente se inicia no prazo de 24 horas após a interrupção ou redução do uso, chega a um pico 2 a 3 dias após a abstinência e dura 2 a 3 semanas. Os sintomas da abstinência podem ocorrer entre usuários adolescentes de tabaco, mesmo antes do uso diário. Sintomas que duram mais de um mês são raros.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Fumantes com transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e outros transtornos por uso de substância apresentam abstinência mais grave.

Genéticos e fisiológicos. O genótipo pode influenciar a probabilidade de abstinência a partir da cessação.

Marcadores Diagnósticos

Monóxido de carbono no ar expirado e nicotina e seu metabólito cotinina no sangue, na saliva, ou na urina podem medir a extensão do uso de tabaco ou nicotina, mas estão apenas fracamente relacionados à abstinência de tabaco.

Consequências Funcionais da Abstinência de Tabaco

A abstinência de cigarros pode causar sofrimento clinicamente significativo e prejudica a capacidade de interromper ou controlar o uso de tabaco. A possibilidade de que a abstinência de tabaco precipite um novo transtorno mental ou recorrência de um transtorno mental é discutível, mas, caso isso ocorra, apenas uma pequena minoria de usuários de tabaco seria atingida.

Diagnóstico Diferencial

Os sintomas de abstinência de tabaco sobrepõem-se aos sintomas da síndrome de abstinência de outras substâncias (p. ex., abstinência de álcool, abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; abstinência de estimulantes; abstinência de cafeína; abstinência de opioides); intoxicação por cafeína; transtornos de ansiedade, depressivo, bipolar e do sono; e acatisia induzida por medicamento. Internação em unidades não fumantes ou interrupção voluntária do hábito de fumar podem induzir sintomas de abstinência que se assemelham, intensificam ou mascaram outros transtornos ou efeitos adversos de medicamentos usados para tratar transtornos mentais (p. ex., irritabilidade atribuída à abstinência de álcool pode ser decorrente de abstinência de tabaco). Redução dos sintomas com o uso de medicamentos com nicotina confirma o diagnóstico.

Outros Transtornos Induzidos por Tabaco

O transtorno do sono induzido por tabaco é abordado no capítulo "Transtornos do Sono-Vigília" (consultar "Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento").

Transtorno Relacionado ao Tabaco Não Especificado

292.9 (F17.209)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado ao tabaco que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado ao tabaco específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)
Intoxicação por Outra Substância (ou Substância Desconhecida)
Abstinência de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)
Transtornos Induzidos por Outra Substância (ou Substância Desconhecida)
Transtorno Relacionado a Outra Substância (ou Substância Desconhecida) Não Especificado

Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

Critérios Diagnósticos

A. Um padrão problemático de uso de uma substância intoxicante, a qual não pode ser classificada dentro das categorias de álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (fenciclidina e outros); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
   1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
   2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
   3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
   4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.
   5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
   6. Uso continuado da substância apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso.
   7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
   8. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.

9. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
    a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
    b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
    a. Síndrome de abstinência característica de outra substância (ou substância desconhecida) (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de outra substância [ou substância desconhecida], p. 583).
    b. A substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso à substância é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para os códigos da CID-10-MC: Se também houver intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), abstinência de outra substância (ou substância desconhecida) ou outro transtorno mental induzido por outra substância (ou substância desconhecida), não utilizar os códigos abaixo para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida). No caso, o transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) comórbido é indicado pelo 4º caractere do código de transtorno induzido por outra substância (ou substância desconhecida) (ver a nota para codificação para intoxicação por outra substância [ou substância desconhecida], abstinência de outra substância [ou substância desconhecida] ou um transtorno mental induzido por outra substância [ou substância desconhecida] específica). Por exemplo, se houver comorbidade de transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida) e transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), apenas o código para transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida) é fornecido, sendo que o 4º caractere indica se o transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) comórbido é leve, moderado ou grave: F19.14 para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) leve com transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ou F19.24 para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida).

Especificar a gravidade atual:

305.90 (F19.10) Leve: Presença de 2 ou 3 sintomas.

304.90 (F19.20) Moderada: Presença de 4 ou 5 sintomas.

304.90 (F19.20) Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

Especificadores

"Em ambiente protegido" aplica-se como um especificador a mais de remissão se o indivíduo estiver tanto em remissão como em um ambiente protegido (i.e., em remissão inicial em ambiente protegido ou em remissão sustentada em ambiente protegido). Exemplos desses ambientes in-

cluem prisões rigorosamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares fechadas.

Características Diagnósticas

A categoria diagnóstica de uso de outra substância (ou substância desconhecida) e transtornos relacionados engloba transtornos relacionados a substâncias que não estão associadas a álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (fenciclidina e outros); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo anfetaminas e cocaína); ou tabaco. Essas substâncias incluem esteroides anabolizantes, fármacos anti-inflamatórios não esteroides; cortisol; medicamentos antiparkinsonianos; anti-histamínicos; óxido nitroso; nitritos de amila, butila e isobutila; noz-de-areca, que é mascada em muitas culturas para produzir euforia leve e sensação de flutuar; kava (extraída de uma pimenteira no Pacífico Sul), que produz sedação, incoordenação, perda de peso, formas leves de hepatite e anormalidades pulmonares; ou catinonas (incluindo agentes da planta *khât* e derivados químicos sintéticos), que produzem efeitos estimulantes. Transtornos relacionados a substâncias desconhecidas estão associados a substâncias não identificadas, como intoxicações nas quais o indivíduo não consegue identificar a droga ingerida, ou transtornos por uso de substância envolvendo drogas novas, ou do mercado negro, ainda não identificadas, ou drogas e fármacos conhecidos vendidos ilegalmente com nomes falsos.

O transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) é um transtorno mental no qual o uso repetido de outra substância (ou substância desconhecida) geralmente é mantido, apesar da consciência do indivíduo de que a substância lhe causa problemas graves. Esses problemas encontram-se nos critérios diagnósticos. Quando a substância é conhecida, ela deve ser indicada no nome do transtorno no momento da codificação (p. ex., transtorno por uso de óxido nitroso).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Um diagnóstico de transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) é apoiado pela declaração do indivíduo de que a substância em questão não se encontra nas nove categorias listadas neste capítulo; por episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos em exames toxicológicos de rotina (os quais podem não detectar substâncias novas ou raramente usadas); ou pela presença de sintomas característicos de uma substância não identificada que surgiu recentemente na comunidade do indivíduo.

Devido ao aumento do acesso ao óxido nitroso ("gás hilariante"), o fato de pertencer a uma determinada população está associado ao diagnóstico do transtorno por uso de óxido nitroso. A função desse gás como agente anestésico leva a seu mau uso entre alguns profissionais das áreas médica e odontológica. Sua utilização como propelente em produtos comerciais (p. ex., latas de creme chantili) contribui para seu mau uso por trabalhadores da área de alimentação. Com a recente disponibilização em massa da substância na forma de cilindros de refil para garrafa sifão de chantili de uso doméstico, o mau uso de óxido nitroso por adolescentes e jovens adultos é significativo, particularmente entre pessoas que também inalam hidrocarbonetos voláteis. Alguns indivíduos que fazem uso contínuo, os quais chegam a inalar 240 cilindros por dia, podem apresentar complicações médicas e condições mentais graves, incluindo mieloneuropatia, degeneração combinada subaguda da medula espinal, neuropatia periférica e psicose. Essas condições também estão associadas a um diagnóstico de transtorno por uso de óxido nitroso.

O uso de gases de nitrito de amila, butila e isobutila vem sendo observado em homens homossexuais e alguns adolescentes, especialmente entre portadores de transtorno da conduta. O fato de pertencer a essas populações pode estar associado a um diagnóstico de transtorno por uso de nitrito de amila, butila ou isobutila. Contudo, ainda não se determinou se essas substâncias produzem transtorno por uso de substância. Apesar da tolerância, esses gases podem não alterar o comportamento por meio de efeitos centrais e podem ser usados apenas por seus efeitos periféricos.

Transtornos por uso de substância geralmente estão associados a risco mais elevado de suicídio, mas não há evidências de fatores de risco de suicídio exclusivos do transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida).

Prevalência

Com base em dados extremamente limitados, a prevalência do transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) é provavelmente mais baixa do que a de transtornos por uso envolvendo as nove categorias de substâncias deste capítulo.

Desenvolvimento e Curso

Não há um padrão único de desenvolvimento ou curso que caracterize os farmacologicamente variados transtornos por uso de outra substância (ou substância desconhecida). Com frequência, os transtornos por uso de substância desconhecida são reclassificados quando a substância finalmente é identificada.

Fatores de Risco e Prognóstico

Acredita-se que os fatores de risco e prognóstico dos transtornos por uso de outra substância (ou substância desconhecida) sejam semelhantes aos da maioria dos transtornos por uso de substância e que incluam a presença de quaisquer outros transtornos por uso de substância, transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial no indivíduo ou em sua família; início precoce de problemas com substâncias; fácil disponibilidade da substância no ambiente do indivíduo; maus-tratos na infância ou trauma e evidências de autocontrole inicial limitado e desinibição comportamental.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Determinadas culturas podem estar associadas a transtornos por uso de outra substância (ou substância desconhecida) envolvendo substâncias nativas específicas inseridas na área cultural, como a noz-de-areca.

Marcadores Diagnósticos

Exames de urina, do ar expirado ou saliva podem identificar corretamente uma substância de uso comum vendida de forma enganosa como um produto novo. Contudo, exames clínicos de rotina normalmente não conseguem identificar substâncias realmente incomuns ou novas, o que pode exigir exames em laboratórios especializados.

Diagnóstico Diferencial

Uso de outras substâncias ou substâncias desconhecidas sem satisfazer os critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida). O uso de substâncias desconhecidas não é raro entre adolescentes, mas, na maioria dos casos, o consumo não satisfaz o padrão de dois ou mais critérios para transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) no ano anterior.

Transtornos por uso de substância. O transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) pode ocorrer concomitantemente a vários outros transtornos por uso de substância, e os sintomas dos transtornos podem ser semelhantes ou se sobrepor. Para esclarecer padrões de sintomas, é útil indagar sobre quais sintomas persistiram durante períodos em que algumas das substâncias não estavam sendo usadas.

Transtorno induzido por outra substância/medicamento (ou substância/medicamento desconhecido). Este diagnóstico deve ser diferenciado das ocasiões em que os sintomas do indivíduo satisfazem todos os critérios para um dos seguintes transtornos, e este é causado por outra substância ou por substância desconhecida: *delirium*, transtorno neurocognitivo maior ou leve, transtorno psicótico, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, disfunção sexual ou transtorno do sono.

Outras condições médicas. Indivíduos com transtornos por uso de substâncias, incluindo transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), podem apresentar sintomas de vários transtornos médicos. Esses transtornos também podem ocorrer na ausência de transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) como origem desses problemas.

Comorbidade

Transtornos por uso de substância, incluindo transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), habitualmente são comórbidos uns com os outros, com transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta e com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Intoxicação por Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

Critérios Diagnósticos

A. Desenvolvimento de uma síndrome reversível específica atribuível à ingestão (ou exposição) recente de uma substância não listada em outra parte do Manual ou desconhecida.
B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas que são atribuíveis ao efeito da substância sobre o sistema nervoso central (p. ex., comprometimento da coordenação motora, agitação ou retardo psicomotor, euforia, ansiedade, beligerância, instabilidade do humor, comprometimento cognitivo, julgamento prejudicado, retraimento social) desenvolvidas durante ou logo após o uso da substância.
C. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é **292.89**. O código da CID-10-MC depende da existência de comorbidade com transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) envolvendo a mesma substância. Se houver transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) leve comórbido, o código da CID-10-MC é **F19.129**, e se houver transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) moderado ou grave comórbido, o código da CID-10-MC é **F19.229**. Caso não haja comorbidade com transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), envolvendo a mesma substância, então o código da CID-10-MC é **F19.929**.

Nota: Para informações sobre Fatores de Risco e Prognóstico, Questões Diagnósticas Relativas à Cultura e Marcadores Diagnósticos, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida).

Características Diagnósticas

A intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida) é um transtorno mental clinicamente significativo que se desenvolve durante, ou imediatamente após, o uso de um dos seguintes: a) uma substância não abordada em outra parte deste capítulo (i.e., álcool; cafeína; *Cannabis*; fenciclidina e outros alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco) ou b) uma substância desconhecida. Caso a substância seja conhecida, sua indicação deve constar no nome do transtorno no momento da codificação.

A aplicação dos critérios diagnósticos de intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida) é muito difícil. O critério A requer o desenvolvimento de uma "síndrome específica da substância" reversível, mas se a substância for desconhecida, a síndrome normalmente será desconhecida. Para solucionar esse conflito, os clínicos podem pedir informações ao indivíduo ou obter história adicional para saber se ele sofreu um episódio semelhante após usar substâncias com o mesmo "nome de rua" ou com origem na mesma fonte. De modo semelhante, departamentos de emergência em hospitais por vezes distinguem, ao longo de alguns dias, várias apresentações de uma síndrome de intoxicação desconhecida e grave de uma substância recentemente disponível antes desconhecida. Devido à grande variedade de substâncias intoxicantes, o Critério B pode fornecer apenas exemplos gerais de sinais e sintomas de algumas intoxicações, sem limite para a quantidade de sintomas necessários para um diagnóstico; o discernimento clínico norteia essas decisões. O Critério C requer que outras condições médicas, transtornos mentais ou intoxicações sejam excluídos.

Prevalência

Desconhece-se a prevalência de intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida).

Desenvolvimento e Curso

Intoxicações habitualmente surgem e então atingem seu pico em períodos que variam de minutos a horas após o uso da substância, mas o início e o curso variam conforme a substância e a via de administração. De modo geral, substâncias usadas por meio de inalação pulmonar e injeção intravenosa apresentam o início de ação mais rápido, enquanto as ingeridas por via oral e que requerem metabolização em um produto ativo são muito mais lentas (p. ex., após a ingestão de determinados tipos de cogumelos, os primeiros sinais de uma intoxicação letal podem surgir apenas após alguns dias). Os efeitos da intoxicação normalmente se resolvem no período de horas até alguns poucos dias. Contudo, o corpo pode eliminar um gás anestésico como óxido nitroso minutos depois do fim da utilização. No outro extremo, algumas substâncias intoxicantes de efeito imediato envenenam sistemas, deixando deficiências permanentes. Por exemplo, MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetraidropiridina), um subproduto contaminante da síntese de um determinado opioide, mata as células dopaminérgicas e induz parkinsonismo permanente em usuários que buscaram intoxicação por opioides.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

Prejuízos decorrentes da intoxicação por qualquer tipo de substância têm consequências graves, incluindo disfunção no trabalho, indiscrições sociais, problemas nos relacionamentos interpessoais, fracasso em cumprir obrigações, acidentes de trânsito, brigas, comportamentos de alto risco (i.e., sexo sem proteção) e *overdose* de substância ou medicamento. O padrão de consequências varia conforme a substância em questão.

Diagnóstico Diferencial

Uso de outra substância (ou substância desconhecida) sem satisfazer os critérios para intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida). O indivíduo usou outra(s) substância(s) ou substância(s) desconhecida(s), mas a dose foi insuficiente para produzir os sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos exigidos para o diagnóstico.

Intoxicação por substância ou outros transtornos induzidos por substância/medicamento. Substâncias conhecidas podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, e indivíduos podem sofrer intoxicação por essas substâncias. História, *screening* toxicológico ou exames químicos da própria substância podem ajudar a identificá-la.

Tipos diferentes de transtornos relacionados a outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Episódios de intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida) podem ocorrer durante o transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), transtorno relacionado a outras substâncias (ou substâncias desconhecida) não especificado e transtornos induzidos por outra substância (ou substância desconhecida) não especificados, mas guardam diferenças desses transtornos.

Outros distúrbios tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares ou infecciosos que comprometem o funcionamento cerebral e a cognição. Diversas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir o início rápido de sinais e sintomas que se assemelham aos sintomas de intoxicações, incluindo os exemplos do Critério B. Paradoxalmente, abstinência de drogas ou fármacos também deve ser descartada, porque, por exemplo, letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação por outra.

Comorbidade

Como ocorre com todos os transtornos relacionados a substâncias, transtorno da conduta na adolescência, transtorno da personalidade antissocial na idade adulta e outros transtornos por uso de substância tendem a ocorrer simultaneamente à intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida).

Abstinência de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

Critérios Diagnósticos **292.0 (F19.239)**

A. Cessação (ou redução) do uso intenso e prolongado de uma substância.
B. Desenvolvimento de uma síndrome específica da substância logo após a cessação (ou redução) do uso da substância.
C. A síndrome específica da substância causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo abstinência de outra substância.
E. A substância envolvida não pode ser classificada em nenhuma das outras classes de substâncias (álcool; cafeína; *Cannabis*; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco) ou é desconhecida.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC é 292.0. O código da CID-10-MC para abstinência de outra substância (ou substância desconhecida) é F19.239. Observe que o código da CID-10-MC indica a presença comórbida de um transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) moderado ou grave. Não é permitido codificar um transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida) leve comórbido com abstinência de outra substância (ou substância desconhecida).

Nota: Para informações sobre Fatores de Risco e Prognóstico e Marcadores Diagnósticos, consultar as seções correspondentes em transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida).

Características Diagnósticas

A abstinência de outra substância (ou substância desconhecida) é um transtorno mental significativo que se desenvolve durante ou no prazo de poucas horas ou dias após a redução da dosagem ou a interrupção do uso de uma substância (Critérios A e B). Embora a redução de dose ou a interrupção do uso recente normalmente seja evidente na história, outros procedimentos diagnósticos são muito difíceis caso a droga seja desconhecida. O Critério B requer o desenvolvimento de uma "síndrome específica da substância" (i.e., os sinais e sintomas do indivíduo devem corresponder à síndrome de abstinência conhecida para a droga ou fármaco cujo uso foi interrompido recentemente) – uma exigência que raramente pode ser satisfeita com uma substância desconhecida. Consequentemente, o discernimento clínico deve nortear essas decisões quando as informações são limitadas. O Critério D exige descartar outras condições médicas, transtornos mentais ou abstinência de substâncias conhecidas. Quando a substância é conhecida, ela deve ser indicada no nome do transtorno no momento da codificação (p. ex., abstinência de noz-de-areca).

Prevalência

Desconhece-se a prevalência de abstinência de outra substância (ou substância desconhecida).

Desenvolvimento e Curso

Sinais de abstinência habitualmente surgem algumas horas depois que o uso da substância é interrompido, mas o início e o curso variam enormemente, dependendo da dose comumente usada pela pessoa e da taxa de eliminação da substância específica do corpo. No pico da gravidade, sintomas de abstinência de algumas substâncias envolvem níveis de desconforto apenas moderados, enquanto a abstinência de outras substâncias pode ser fatal. Disforia associada à abstinência frequentemente motiva recaída ao uso da substância. Sintomas de abstinência diminuem lentamente ao longo de dias, semanas ou meses, dependendo da droga ou fármaco em questão e da dosagem à qual o indivíduo desenvolveu tolerância.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Questões relacionadas à cultura no diagnóstico variam de acordo com a substância em questão.

Consequências Funcionais da Abstinência de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

A abstinência de qualquer tipo de substância pode ter consequências graves, incluindo sinais e sintomas físicos (p. ex., mal-estar, alterações nos sinais vitais, desconforto abdominal, cefaleia), fissura intensa por drogas, ansiedade, depressão, agitação, sintomas psicóticos ou comprometimento cognitivo. Essas consequências podem levar a problemas como disfunção no trabalho, problemas nos relacionamentos interpessoais, fracasso em cumprir obrigações, acidentes de trânsito, brigas, comportamento de alto risco (p. ex., sexo sem proteção), tentativas de suicídio e *overdose* de substância ou medicamento. O padrão de consequências varia conforme a substância em questão.

Diagnóstico Diferencial

Redução da dose após uso prolongado sem satisfazer os critérios para abstinência de outra substância (ou substância desconhecida). O indivíduo usou outras substâncias ou substâncias desconhecidas, mas a dose foi insuficiente para produzir os sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos exigidos.

Abstinência de substância ou outros transtornos induzidos por substância/medicamento. Substâncias conhecidas podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, e indivíduos podem sofrer abstinência ao descontinuar essas substâncias. História, *screening* toxicológico ou exames químicos da própria substância podem ajudar a identificá-la.

Tipos diferentes de transtornos relacionados a outra substância (ou substância desconhecida). Episódios de abstinência de outra substância (ou substância desconhecida) podem ocorrer durante o transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) não especificado e transtornos induzidos por outra substância (ou substância desconhecida) não especificados, mas guardam diferenças desses transtornos.

Outros distúrbios tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares ou infecciosos que comprometem o funcionamento cerebral e a cognição. Diversas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir o início rápido de sinais e sintomas que mimetizam os sintomas de abstinências. Paradoxalmente, intoxicações por drogas ou fármacos também devem ser excluídas, porque, por exemplo, letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação por outra.

Comorbidade

Como ocorre com todos os transtornos relacionados a substâncias, transtorno da conduta na adolescência, transtorno da personalidade antissocial na idade adulta e outros transtornos por uso de substância tendem a ocorrer simultaneamente com a abstinência de outra substância (ou substância desconhecida).

Transtornos Induzidos por Outra Substância (ou Substância Desconhecida)

Devido à falta de delimitação inerente à categoria de outra substância (ou substância desconhecida), a extensão e o alcance dos transtornos induzidos são incertos. Ainda assim, transtornos induzidos por outra substância (ou substância desconhecida) são possíveis e estão descritos em outros capítulos do Manual junto a transtornos com os quais compartilham fenomenologia (consultar transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ("Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"); transtorno bipolar induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ("Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados"); transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ("Transtornos Depressivos"); transtorno obsessivo-compulsivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ("Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados"); transtorno do sono induzido por outra substância (ou substância desconhecida) ("Transtornos do Sono-Vigília"); disfunção sexual induzida por outra substância (ou substância desconhecida) ("Disfunções Sexuais"); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por outra substância/medicamento (ou substância/medicamento desconhecido) ("Transtornos Neurocognitivos"). Para *delirium* por intoxicação induzida por outra substância (ou substância desconhecida) e *delirium* por abstinência induzida por outra substância (ou substância desconhecida), ver os critérios e a abordagem de *delirium* no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos induzidos por outra substância (ou substância desconhecida) são diagnosticados em lugar de intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida) ou de abstinência de outra substância (ou substância desconhecida) apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Relacionado a Outra Substância (ou Substância Desconhecida) Não Especificado

292.9 (F19.99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias.

Transtornos Não Relacionados a Substância

Transtorno do Jogo

Critérios Diagnósticos **312.31 (F63.0)**

A. Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente levando a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, conforme indicado pela apresentação de quatro (ou mais) dos seguintes em um período de 12 meses:

1. Necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores a fim de atingir a excitação desejada.
2. Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou interromper o hábito de jogar.
3. Fez esforços repetidos e malsucedidos no sentido de controlar, reduzir ou interromper o hábito de jogar.
4. Preocupação frequente com o jogo (p. ex., apresenta pensamentos persistentes sobre experiências de jogo passadas, avalia possibilidades ou planeja a próxima quantia a ser apostada, pensa em modos de obter dinheiro para jogar).
5. Frequentemente joga quando se sente angustiado (p. ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão).
6. Após perder dinheiro no jogo, frequentemente volta outro dia para ficar quite ("recuperar o prejuízo").
7. Mente para esconder a extensão de seu envolvimento com o jogo.
8. Prejudicou ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional em razão do jogo.
9. Depende de outras pessoas para obter dinheiro a fim de saldar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo.

B. O comportamento de jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco.

Especificar se:

Episódico: Satisfaz os critérios diagnósticos mais de uma única vez, sendo que os sintomas cedem entre períodos de transtorno do jogo durante um período mínimo de vários meses.

Persistente: Experiencia sintomas contínuos, satisfazendo os critérios diagnósticos por vários anos.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno do jogo terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno do jogo foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses.

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno do jogo terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno do jogo foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Preenche 4 ou 5 critérios.

Moderada: Preenche 6 ou 7 critérios.

Grave: Preenche 8 ou 9 critérios.

Nota: Embora algumas condições comportamentais que não envolvem a ingestão de substâncias apresentem semelhanças com transtornos relacionados a substâncias, apenas um transtorno – transtorno do jogo – conta com dados suficientes para ser incluído nesta seção.

Especificadores

A gravidade baseia-se na quantidade de critérios preenchidos. Indivíduos com transtorno do jogo leve podem exibir apenas 4 ou 5 critérios, sendo que os critérios preenchidos com maior frequência normalmente estão relacionados à preocupação com o jogo e a "recuperar" as perdas. Indivíduos com transtorno do jogo moderadamente grave exibem mais critérios (i.e., 6 ou 7); os com a forma mais grave irão exibir todos ou a maioria dos nove critérios (i.e., 8 ou 9). Colocar em risco relacionamentos ou oportunidades profissionais devido ao jogo e depender de outras pessoas para obter fundos a fim de cobrir as perdas no jogo costumam ser os critérios menos frequentes e ocorrem mais entre pessoas com a forma do transtorno mais grave. Além disso, indivíduos que se apresentam para tratamento do transtorno do jogo geralmente mostram formas de moderadas a graves.

Características Diagnósticas

Jogar envolve arriscar algo valioso na esperança de obter algo ainda mais valioso. Em diversas culturas, indivíduos apostam em jogos e eventos, e a maioria o faz sem experimentar problemas.

Contudo, algumas pessoas desenvolvem um comprometimento considerável com relação ao seu comportamento de jogo. A característica essencial do transtorno do jogo é o comportamento de jogo desadaptativo persistente e recorrente que perturba os objetivos pessoais, familiares e/ou profissionais (Critério A). O transtorno do jogo é definido como um grupo de quatro ou mais sintomas listados no Critério A, com ocorrência no mesmo período de 12 meses.

Um padrão de "recuperar as perdas" pode se desenvolver, acompanhado de uma necessidade urgente de continuar jogando (frequentemente com apostas ou riscos maiores) a fim de desfazer uma perda ou uma série de perdas. O indivíduo pode abandonar sua estratégia de jogo e tentar recuperar todas as perdas ao mesmo tempo. Embora muitos jogadores possam apresentar essa característica durante períodos breves, essa atitude frequente e em geral prolongada é típica do transtorno do jogo (Critério A6). As pessoas podem mentir para familiares, terapeutas, ou outras pessoas para esconder a extensão de seu envolvimento com o jogo e ocultar, entre outros, comportamentos ilícitos como falsificação, fraude, roubo ou estelionato para a obtenção de dinheiro para o jogo (Critério A7). Também podem apelar para comportamento de "resgate financeiro", voltando-se para a família ou outras pessoas ao solicitar ajuda com uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo (Critério A9).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Distorções do pensamento (p. ex., negação, superstições, sentimentos de poder e controle sobre o resultado de eventos regulados pelo acaso, excesso de confiança) podem estar presentes em indivíduos com transtorno do jogo. Muitos com o transtorno acreditam que o dinheiro é tanto a causa quanto a solução para seus problemas. Algumas pessoas com esse transtorno são impulsivas, competitivas, cheias de energia, inquietas e entediam-se facilmente; podem mostrar-se demasiadamente preocupadas com a aprovação dos outros e ser generosas a ponto da extravagância quando ganham. Outros indivíduos com o transtorno são deprimidos e solitários e podem jogar quando se sentem impotentes, culpados ou deprimidos. Até metade dos indivíduos sob tratamento para transtorno do jogo tem ideação suicida, e cerca de 17% tentaram suicídio.

Prevalência

A taxa de prevalência no ano anterior de transtorno do jogo é de 0,2 a 0,3% na população em geral, e a taxa de prevalência ao longo da vida é de 0,4 a 1%. No caso do sexo feminino, a taxa de prevalência ao longo da vida de transtorno do jogo é de 0,2%, e, para o sexo masculino, é de 0,6%. A prevalência ao longo da vida do jogo patológico entre afro-americanos é de 0,9%, entre brancos, de 0,4%, e, entre hispânicos, de 0,3%.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno do jogo pode ocorrer durante a adolescência ou no início da idade adulta, mas, em outros indivíduos, manifesta-se na meia-idade ou até mesmo na idade adulta avançada. De modo geral, o transtorno do jogo desenvolve-se ao longo de anos, mas a progressão parece ser mais rápida em pessoas do sexo feminino do que nas do sexo masculino. A maioria dos indivíduos que desenvolvem um transtorno do jogo demonstra um padrão de jogo com aumento gradual tanto da frequência quanto do valor das apostas. Certamente, formas mais leves podem progredir para casos mais graves. A maioria dos indivíduos com transtorno do jogo relata que um ou dois tipos de jogos são os mais problemáticos para eles, embora alguns participem de várias formas de jogo. Os indivíduos tendem a se envolver com tipos determinados de jogos (p. ex., comprar raspadinhas diariamente) com mais frequência do que com outros (p. ex., máquinas caça-níquel ou jogar *blackjack* em cassinos todas as semanas). A frequência do jogo pode estar relacionada mais ao tipo de jogo do que à gravidade do transtorno do jogo geral. Por exemplo, adquirir uma única raspadinha por dia pode não ser problemático, enquanto apostas menos frequentes em cassinos, esportes ou jogos de cartas podem fazer parte de um transtorno do jogo. De modo semelhante, as quantias gastas em apostas não são em si indicativas de transtorno do

jogo. Algumas pessoas podem apostar milhares de dólares por mês sem apresentar um problema com o jogo, enquanto outras podem apostar quantias muito menores, mas sofrer dificuldades consideráveis relacionadas ao jogo.

Os padrões de jogo podem ser regulares ou episódicos, e o transtorno pode ser persistente ou estar em remissão. O hábito de jogar pode ficar mais intenso durante períodos de estresse ou depressão e durante períodos de uso de ou abstinência de substâncias. Pode haver períodos de jogo pesado e problemas graves, épocas de abstinência total e períodos de jogo não problemático. O transtorno do jogo às vezes está associado a remissões espontâneas e duradouras. Ainda assim, alguns indivíduos subestimam sua vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno do jogo ou sofrem recaída do transtorno após a remissão. Durante um período de remissão, as pessoas podem presumir erroneamente que não terão problemas em regular o jogo e que podem jogar outros tipos de jogos de forma não problemática, mas acabam voltando a apresentar o transtorno.

A manifestação precoce do transtorno do jogo é mais comum no sexo masculino do que no sexo feminino. Indivíduos que começam a jogar na juventude costumam fazê-lo com familiares ou amigos. O desenvolvimento precoce do transtorno do jogo parece estar associado à impulsividade e ao abuso de substâncias. Muitos estudantes do ensino médio e universitários que desenvolvem o transtorno amadurecem e deixam de apresentar o transtorno com o tempo, embora ele permaneça sendo um problema para toda a vida em alguns deles. O início do transtorno na meia-idade ou em idade mais avançada é mais comum em pessoas do sexo feminino do que naquelas do sexo masculino.

Há variações de idade e gênero no tipo das atividades de jogo e nas taxas de prevalência do transtorno. Ele é mais comum entre pessoas mais jovens e na meia-idade do que entre adultos mais velhos. Entre adolescentes e jovens adultos, o transtorno é mais prevalente no sexo masculino do que no sexo feminino. Indivíduos mais jovens preferem tipos diferentes de jogo (p. ex., apostas em esportes), enquanto adultos mais velhos desenvolvem problemas com caça-níqueis e bingos com maior frequência. Embora a proporção de indivíduos que buscam tratamento para o transtorno do jogo seja baixa em todas as faixas etárias, pessoas mais jovens, em particular, são menos propensas a se apresentar para tratamento.

Indivíduos do sexo masculino são mais propensos a começar a jogar mais cedo na vida e a ser mais jovens no momento do início do transtorno do que os do sexo feminino, que têm maior probabilidade de começar a jogar mais tarde na vida e a desenvolver o transtorno do jogo em um período de tempo mais curto. Em comparação com os homens que apresentam o transtorno, as mulheres têm maior chance de apresentar transtornos depressivo, bipolar e de ansiedade. Elas também são mais velhas no início do transtorno e buscam tratamento mais cedo, embora as taxas de busca de tratamento sejam baixas (inferiores a 10%) entre indivíduos com transtorno do jogo, independentemente do gênero.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O início do hábito de jogar na infância ou no início da adolescência está associado a taxas mais elevadas de transtorno do jogo. Aparentemente, o transtorno do jogo também se agrega ao transtorno da personalidade antissocial, aos transtornos depressivo e bipolar e a outros transtornos por uso de substâncias, especialmente aos transtornos relacionados ao álcool.

Genéticos e fisiológicos. O transtorno do jogo pode ter um padrão de ocorrência familiar, e esse efeito parece estar relacionado a fatores tanto ambientais quanto genéticos. Problemas com jogo são mais frequentes em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos. O transtorno do jogo também é mais prevalente em parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno por uso de álcool de moderado a grave do que na população em geral.

Modificadores do curso. Muitos indivíduos, incluindo adolescentes e adultos jovens, provavelmente melhoram de seus problemas relacionados ao transtorno do jogo com o passar do tempo, embora um forte preditor de futuros problemas com jogo sejam problemas anteriores com ele.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Indivíduos de culturas e raças/etnias específicas são mais propensos a participar de determinadas atividades de jogo do que de outras (p. ex., *pai gow* [dominós chineses], rinhas de galo, *blackjack*, corridas de cavalo). As taxas de prevalência do transtorno do jogo são mais altas entre afro-americanos do que entre americanos de descendência europeia, sendo que as taxas para hispano-americanos são semelhantes às de americanos de origem europeia. Populações indígenas têm altas taxas de prevalência de transtorno do jogo.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino desenvolvem transtorno do jogo em taxas mais elevadas do que os do sexo feminino, mas essa disparidade pode estar ficando menor. Em relação às mulheres, homens tendem a apostar em formas diferentes de jogo, sendo que jogos envolvendo cartas, esportes e corrida de cavalos são mais prevalentes no sexo masculino, e jogos como caça-níqueis e bingo são mais comuns no sexo feminino.

Consequências Funcionais do Transtorno do Jogo

Áreas do funcionamento psicossocial, da saúde e da saúde mental podem ser afetadas de forma adversa pelo transtorno do jogo. Especificamente, indivíduos com o transtorno podem, devido a seu envolvimento com jogo, colocar em risco ou perder relacionamentos importantes com familiares ou amigos. Tais problemas podem ocorrer em decorrência de mentiras constantes aos outros para encobrir a extensão do jogo ou devido a empréstimos usados para jogar ou para saldar dívidas de jogo. O emprego ou atividades educacionais podem sofrer um impacto adverso da mesma forma pelo transtorno do jogo; absenteísmo ou baixo desempenho no trabalho ou na escola podem ocorrer com o transtorno, já que os indivíduos podem jogar durante o expediente ou durante o turno escolar ou estar preocupados com o jogo ou com suas consequências adversas quando deveriam estar trabalhando ou estudando. Indivíduos com transtorno do jogo têm saúde geral debilitada e utilizam serviços médicos em taxas elevadas.

Diagnóstico Diferencial

Jogo sem transtorno. O transtorno do jogo deve ser distinguido do jogo profissional e do jogo social. No jogo profissional, os riscos são limitados, e a disciplina é fundamental. O jogo social ocorre geralmente com amigos ou colegas e dura um período limitado de tempo, com perdas aceitáveis. Alguns indivíduos podem apresentar problemas associados ao jogo (p. ex., comportamento breve de recuperação do prejuízo e perda de controle) que não satisfazem todos os critérios para transtorno do jogo.

Episódio maníaco. A perda de julgamento e o jogo em excesso podem ocorrer durante um episódio maníaco. Um diagnóstico adicional de transtorno do jogo deve ser dado apenas se o comportamento de jogo não é mais bem explicado por episódios maníacos (p. ex., história de comportamento de jogo desadaptativo em momentos fora do período do episódio maníaco). Em contrapartida, um indivíduo com o transtorno pode, durante um período de jogo, exibir comportamento que se assemelha a um episódio maníaco, mas, assim que ele se distancia do jogo, essas características maníacas desaparecem.

Transtornos da personalidade. Problemas com jogo podem ocorrer em indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e com outros transtornos da personalidade. Caso os critérios sejam satisfeitos para os dois transtornos, ambos podem ser diagnosticados.

Outras condições médicas. Alguns pacientes em uso de medicamento dopaminérgico (p. ex., para doença de Parkinson) podem sentir ânsia por jogar. Caso esses sintomas desapareçam com a redução da dosagem ou interrupção dos medicamentos dopaminérgicos, então não se indica o diagnóstico de transtorno do jogo.

Comorbidade

O transtorno do jogo está associado a um quadro de saúde geral debilitada. Além disso, alguns diagnósticos médicos específicos, como taquicardia e angina, são mais comuns entre indivíduos com transtorno do jogo do que na população em geral, mesmo quando há controle de outros transtornos por uso de substância, incluindo transtorno por uso de tabaco. Indivíduos com transtorno do jogo têm taxas elevadas de comorbidade com outros transtornos mentais, como transtornos por uso de substâncias, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos da personalidade. Em alguns indivíduos, outros transtornos mentais podem preceder o transtorno do jogo e estar ou ausentes ou presentes durante a manifestação do transtorno. O transtorno do jogo também pode ocorrer antes do início de outros transtornos mentais, especialmente no caso de transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias.

Transtornos Neurocognitivos

Os transtornos neurocognitivos (TNCs) (referidos no DSM-IV como "Demência, *Delirium*, Transtorno Amnéstico e Outros Transtornos Cognitivos") são *delirium*, seguido por síndromes de TNC maior, TNC leve e seus subtipos etiológicos. Os subtipos maiores ou leves de TNC incluem TNC devido à doença de Alzheimer; TNC vascular; TNC com corpos de Lewy; TNC devido à doença de Parkinson; TNC frontotemporal; TNC devido a lesão cerebral traumática; TNC devido a infecção por HIV; TNC induzido por substância/medicamento; TNC devido à doença de Huntington; TNC devido à doença do príon; TNC devido a outra condição médica; TNC devido a múltiplas etiologias; e TNC não especificado. A categoria TNC abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento. Apesar de os déficits cognitivos estarem presentes em muitos transtornos mentais, se não em todos (p. ex., esquizofrenia, transtornos bipolares), apenas aqueles transtornos cujas características centrais são cognitivas é que fazem parte da categoria TNC. Os TNCs são aqueles em que a cognição prejudicada não estava presente ao nascimento ou muito no início da vida, representando, assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente.

Os TNCs são únicos entre as categorias do DSM-5, na medida em que são síndromes para as quais a patologia subjacente, e com frequência também a etiologia, pode potencialmente ser determinada. As várias entidades da doença subjacente foram alvos de extensa pesquisa, experiência clínica e consenso de especialistas sobre os critérios diagnósticos. Os critérios do DSM-5 para esses transtornos foram desenvolvidos por meio de consulta rigorosa a grupos de especialistas para cada uma das doenças, sendo alinhados o máximo possível com os critérios de consensos atuais para cada uma delas. A utilidade potencial dos biomarcadores também é discutida em relação ao diagnóstico. A demência está incorporada à entidade recém-nomeada *transtorno neurocognitivo maior*, embora não esteja excluído o uso do termo *demência* em subtipos etiológicos nos quais é um termo-padrão. Além disso, o DSM-5 reconhece um nível menos grave de prejuízo cognitivo, o *transtorno neurocognitivo leve*, que pode também ser foco de cuidado, e que, no DSM-IV, era parte de "Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação". Há critérios diagnósticos para ambas as entidades sindrômicas, seguidos de critérios diagnósticos para os diferentes subtipos etiológicos. Vários TNCs costumam coexistir, e suas relações podem ser ainda mais bem caracterizadas sob diferentes subtítulos deste capítulo, incluindo "Diagnóstico Diferencial" (p. ex., TNC devido à doença de Alzheimer *versus* TNC vascular), "Fatores de Risco e Prognóstico" (p. ex., patologia vascular que aumenta a expressão clínica da doença de Alzheimer) e/ou "Comorbidade" (p. ex., patologia mista de doença de Alzheimer-vascular).

O termo *demência* é mantido no DSM-5 para continuidade, podendo ser usado em contextos em que médicos e pacientes estejam acostumados a ele. Embora demência seja o termo habitual para transtornos como as demências degenerativas, que costumam afetar adultos com mais idade, o termo *transtorno neurocognitivo* é amplamente empregado, sendo, em geral, o termo preferido para condições que afetam pessoas mais jovens, como o prejuízo secundário a lesão cerebral traumática ou a infecção pelo HIV. A definição de TNC maior, além disso, é mais ampla que o termo *demência*, no sentido de que pessoas com declínio substancial em um só domínio podem receber esse diagnóstico, mais notadamente a categoria do DSM-IV "Transtorno Amnéstico", agora diagnosticado como TNC maior devido a outra condição médica e para o qual o termo *demência* não será utilizado.

Domínios Neurocognitivos

Os critérios para os vários TNCs baseiam-se em domínios cognitivos definidos. A Tabela 1 traz uma definição de trabalho para cada um dos domínios principais, exemplos de sintomas ou observações relativas aos prejuízos em atividades cotidianas e exemplos de avaliações. Os domínios assim definidos, junto a diretrizes para limiares clínicos, compõem a base sobre a qual os TNCs, seus níveis e seus subtipos podem ser diagnosticados.

TABELA 1 Domínios neurocognitivos

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento)	*Maior*: Passou a ter uma dificuldade maior em ambientes com múltiplos estímulos (TV, rádio, conversas); é distraído com facilidade por eventos concomitantes no meio ambiente. Não consegue participar a menos que a quantidade de estímulos seja limitada e simplificada. Tem dificuldade de manter novas informações, como relembrar números de telefone ou endereços recém-fornecidos, ou relatar o que acabou de ser dito. Não consegue fazer cálculos mentais. Todo pensamento leva mais tempo do que o normal, e os componentes a serem processados têm de ser simplificados para um ou poucos. *Leve:* Tarefas normais levam mais tempo do que anteriormente. Passa a cometer erros em tarefas rotineiras; acha que o trabalho necessita ser conferido de novo mais vezes do que anteriormente. Pensar é mais fácil quando não é concomitante com outras coisas (rádio, TV, outras conversas, telefone celular, dirigir).	*Atenção sustentada:* Manutenção da atenção ao longo do tempo (p. ex., pressionar um botão sempre que escuta um tom e durante certo tempo). *Atenção seletiva*: Manutenção da atenção apesar de estímulos concorrentes e/ou distratores: escutar a leitura de letras e números e repetir apenas as letras. *Atenção dividida*: Participar de duas tarefas no mesmo período de tempo: bater rapidamente enquanto aprende uma história que está sendo lida. A velocidade de processamento pode ser quantificada em qualquer tarefa cronometrando-a (p. ex., tempo para unir blocos em determinada forma; tempo para combinar símbolos com números; velocidade para responder, como a velocidade de contagem ou a velocidade de séries de 3).
Função executiva (planejamento, tomada de decisão, memória de trabalho, resposta a *feedback*/correção de erros, substituir hábitos/inibição, flexibilidade mental)	*Maior:* Abandono de projetos complexos. Necessidade de concentrar-se em uma tarefa de cada vez. Necessidade de confiar em outros para planejar atividades importantes da vida diária ou tomar decisões. *Leve:* Esforço maior é necessário para concluir projetos que tenham várias etapas. Maior dificuldade em multitarefas ou dificuldade de retomar uma tarefa interrompida por visita ou telefonema. Pode queixar-se de aumento da fadiga decorrente de esforço extra, necessário para organizar, planejar e tomar decisões. Pode relatar que grandes reuniões sociais são mais exaustivas e menos agradáveis devido ao aumento do esforço necessário para acompanhamento de conversas triviais.	*Planejamento:* Habilidade para encontrar a saída em um labirinto; interpreta uma combinação de figuras ou objetos em sequência. *Tomada de decisão:* Desempenho de tarefas que avaliam o processo de decisão diante de alternativas (p. ex., simulação de aposta). *Memória de trabalho:* Capacidade de manter informações por período curto e de manipulá-las (p. ex., aumento de uma lista de números ou repetição de uma série de números ou palavras, de trás para a frente). *Resposta a* feedback*/utilização de erros:* Capacidade de beneficiar-se de *feedback* ou crítica para inferir as regras para resolver um problema. *Substituição de hábitos/inibição:* Capacidade de escolher uma solução mais complexa e exigente para ser correto (p. ex., olhar além do rumo indicado por uma flecha; dar nome à cor da fonte de uma palavra e não nomear a palavra). *Flexibilidade mental/cognitiva:* Capacidade de mudar entre dois conceitos, tarefas ou regras de resposta (p. ex., de número para letra, de resposta verbal para pressionamento de tecla, de soma de números para ordenamento de números, de ordenamento de objetos por tamanho para ordenamento por cor).

(*continua*)

TABELA 1 Domínios neurocognitivos (*continuação*)

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Aprendizagem e memória (memória imediata, memória recente [incluindo recordação livre, recordação por pistas e memória de reconhecimento]; memória de muito longo prazo [semântica, autobiográfica], aprendizagem implícita)	*Maior*: Repete-se na conversação, frequentemente em uma mesma conversa. Não consegue se ater a uma lista curta de itens ao fazer compras ou lista de planos para o dia. Precisa de lembretes frequentes para orientar uma tarefa à mão. *Leve*: Tem dificuldades de recordar eventos recentes e cada vez conta mais com elaboração de listas ou calendário. Precisa de lembretes ocasionais ou de releitura para acompanhar os personagens em um filme ou romance. Ocasionalmente, pode repetir-se por várias semanas para uma mesma pessoa. Não sabe dizer se contas já foram pagas. **Nota**: A não ser em formas graves de transtorno neurocognitivo maior, as memórias semântica, autobiográfica e implícita ficam relativamente preservadas na comparação com a memória recente.	*Alcance da memória imediata*: Capacidade de repetir uma lista de palavras ou algarismos. **Nota:** A memória imediata às vezes é considerada "memória de trabalho" (ver "Função Executiva"). *Memória recente*: Avalia o processo de codificar novas informações (p. ex., listas de palavras, contos ou diagramas). Os aspectos da memória recente que podem ser testados incluem 1) evocação livre (pede-se à pessoa que relembre o máximo de palavras, diagramas ou elementos de uma história); 2) evocação com pistas (o examinador ajuda a recordar, dando pistas semânticas, como "Listar todos os itens alimentares em uma lista" ou "Citar todas as crianças da história"); e 3) memória de reconhecimento (o examinador solicita itens específicos – p. ex., "'Maçã' estava na lista?" ou "Você viu este diagrama ou figura?"). Outros aspectos da memória que podem ser avaliados incluem memória semântica (memória de fatos), memória autobiográfica (memória de eventos pessoais ou pessoas) e aprendizagem (aprendizagem inconsciente de habilidades) implícita (de procedimentos).
Linguagem (linguagem expressiva [inclui nomeação, encontrar palavras, fluência, gramática e sintaxe] e linguagem receptiva)	*Maior:* Tem dificuldades significativas com a linguagem expressiva ou receptiva. Costuma usar expressões de uso comum, como "aquela coisa" e "você sabe o que quero dizer", e prefere pronomes genéricos a nomes. Com prejuízo grave, pode até não lembrar nomes de amigos mais próximos e familiares. Ocorrem uso de palavras idiossincráticas, erros gramaticais e espontaneidade produtiva, bem como economia de comentários. Estereótipos no discurso ocorrem; ecolalia e discurso automático costumam anteceder o mutismo. *Leve*: Apresenta dificuldade visível para encontrar as palavras. Pode substituir termos genéricos por específicos. Pode evitar uso de nomes específicos de pessoas conhecidas. Os erros gramaticais envolvem omissão sutil ou uso incorreto de artigos, preposições, verbos auxiliares, etc.	*Linguagem expressiva*: Citação confrontativa (identificação de objetos ou figuras); fluência (p. ex., nomear tantos itens quanto possível em uma categoria semântica [p. ex., animais] ou fonêmica [p. ex., palavras que começam com "f"] em um minuto). *Gramática e sintaxe* (p. ex., omissão ou uso incorreto de artigos, preposições, verbos auxiliares): Erros observados durante testes de nomeação e fluência são comparados aos padrões normais para avaliar a frequência de erros e comparados com pequenos erros normais da língua. *Linguagem receptiva*: Compreensão (tarefas de definição de palavras e identificação de objetos envolvendo estímulos animados e inanimados): realização de ações/atividades conforme comando verbal.

(*continua*)

TABELA 1 Domínios neurocognitivos (*continuação*)

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Perceptomotor (inclui habilidades abrangidas por termos como *percepção visual, visuoconstrutiva, perceptomotora, práxis* e *gnosia*)	*Maior*: Apresenta grandes dificuldades com atividades antes familiares (uso de instrumentos, direção de veículo automotivo), navegação em ambientes conhecidos; costuma ficar confuso ao anoitecer, quando sombras e níveis reduzidos de luz mudam as percepções. *Leve*: Pode depender mais de mapas ou de outras pessoas para orientar-se. Usa anotações e acompanha os demais para chegar a outro local. Pode se achar perdido ou dando voltas quando não concentrado na tarefa. É menos preciso ao estacionar. Precisa de muito esforço para tarefas espaciais, como carpintaria, montagem, costura ou tricô.	*Percepção visual*: Tarefas lineares com duas seções podem ser usadas para a detecção de defeito visual básico ou deficiência da atenção. Tarefas perceptivas sem uso da motricidade (incluindo reconhecimento facial) necessitam de identificação e/ou combinação de figuras – melhor quando as tarefas não podem ser mediadas verbalmente (p. ex., figuras não são objetos); algumas exigem a decisão de se uma figura pode ser "real" ou não baseada na dimensionalidade. *Visuoconstrutiva*: Reunir itens com necessidade de coordenação dos olhos-mãos, como desenhar, copiar e montar blocos. *Perceptomotora*: Integrar a percepção com movimentos que têm um propósito (p. ex., inserção de blocos em uma placa sem pistas visuais; inserir, rapidamente, pinos em estrutura com orifícios). *Práxis*: Integridade de movimentos aprendidos, como habilidade de imitar gestos (abanar ao dar adeus), ou uso de pantomima do uso de objetos ("Mostre-me como você usaria um martelo"). *Gnosia*: Integridade perceptiva da conscientização e do reconhecimento, como o reconhecimento de faces e cores.
Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente)	*Maior:* Comportamento claramente fora das variações sociais aceitáveis; mostra insensibilidade a padrões sociais de pudor no vestir-se ou em tópicos políticos, religiosos ou sexuais nas conversas. Concentra-se excessivamente em um tópico apesar do desinteresse ou retorno direto do grupo. Objetivo comportamental sem considerar família ou amigos. Toma decisões sem considerar a segurança (p. ex., roupas inadequadas ao clima ou ao contexto social). Comumente, tem pouco entendimento dessas mudanças. *Leve*: Apresenta mudanças sutis no comportamento ou nas atitudes, comumente descritas como uma mudança de personalidade, tais como menos capacidade de reconhecer sinais sociais ou ler expressões faciais, menor empatia, aumento da extroversão ou da introversão, menos inibição, ou apatia ou inquietação episódica ou sutil.	*Reconhecimento de emoções*: Identificação de emoções em imagens de rostos que representam uma variedade de emoções positivas e negativas. *Teoria da mente*: Capacidade de considerar o estado mental de outra pessoa (pensamentos, desejos, intenções) ou sua experiência – cartões que contam uma história, com perguntas para provocar informações sobre o estado mental dos indivíduos retratados, tal como "Onde a garota procurará a bolsa perdida?" ou "Por que o garoto está triste?".

Delirium

Critérios Diagnósticos

A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
B. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
C. Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Determinar o subtipo:

***Delirium* por intoxicação por substância:** Este diagnóstico deve ser feito em vez de intoxicação por substância quando predominarem os sintomas dos Critérios A e C no quadro clínico e quando forem suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para *delirium* por intoxicação por [substância específica] são indicados na tabela a seguir. Observar que o código da CID-10-MC depende de haver ou não transtorno comórbido por uso de substância presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno leve por uso de substância é comórbido com o *delirium* por intoxicação por substância, o número da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno leve por uso de [substância]" antes de *delirium* por intoxicação por substância (p. ex., "transtorno leve por uso de cocaína com *delirium* por intoxicação por cocaína"). Se um transtorno moderado a grave por uso de substância for comórbido com *delirium* por intoxicação por uso de substância, o número da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno moderado por uso de [substância]", ou "transtorno grave por uso de [substância]", dependendo da gravidade do transtorno comórbido por uso de substância. Não existindo transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., após uso único e exagerado da substância), o número da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar somente o *delirium* por intoxicação por substância.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	**Com transtorno por uso, leve**	**Com transtorno por uso, moderado a grave**	**Sem transtorno por uso**
Álcool	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Outro alucinógeno	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inalante	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opioide	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Anfetamina (ou outro estimulante)	292.81	F15.121	F15.221	F15.921

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	**Com transtorno por uso, leve**	**Com transtorno por uso, moderado a grave**	**Sem transtorno por uso**
Cocaína	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Outra substância (ou substância desconhecida)	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

***Delirium* por abstinência de substância:** Este diagnóstico deve ser feito em vez de abstinência de substância quando os sintomas dos Critérios A e C predominarem no quadro clínico e quando forem suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Código *delirium* por abstinência de [substância específica]: **291.0 (F10.231)** álcool; **292.0 (F11.23)** opioide; **292.0 (F13.231)** sedativo, hipnótico ou ansiolítico; **292.0 (F19.231)** outra substância/medicamento (ou substância/medicamento desconhecida).

***Delirium* induzido por medicamento:** Este diagnóstico é aplicável quando os sintomas dos Critérios A e C aparecem como efeito colateral de um medicamento tomado conforme prescrição.

Nota para codificação: O código da CID-9-MC para *delirium* induzido por [medicamento específico] é **292.81.** O código da CID-10-MC depende do tipo de medicamento. Se for um opioide tomado conforme prescrição, o código é **F11.921**. Se o medicamento for sedativo, hipnótico ou ansiolítico tomado conforme prescrito, o código é **F13.921.** Se o medicamento for do tipo anfetamina ou outro estimulante tomado conforme prescrito, o código é **F15.921**. No caso de medicamentos que não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., dexametasona) e nos casos em que se acredita que uma substância seja o fator etiológico, embora seja desconhecida sua classe específica, o código é **F19.921.**

293.0 (F05) *Delirium* devido a outra condição médica: Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é atribuível às consequências fisiológicas de outra condição médica.

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do *delirium* (p. ex., 293.0 [F05] *delirium* devido a encefalopatia hepática). A outra condição médica também deve ser codificada e listada em separado, imediatamente antes do *delirium* devido a outra condição médica (p. ex., 572.2 [K72.90] encefalopatia hepática; 293.0 [F05] *delirium* devido a encefalopatia hepática).

293.0 (F05) *Delirium* devido a múltiplas etiologias: Há evidências da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o *delirium* tem mais de uma etiologia (p. ex., mais de uma condição médica etiológica; outra condição médica mais intoxicação por substância ou efeito colateral de medicamento).

Nota para codificação: Usar múltiplos códigos separados que reflitam etiologias específicas de *delirium* (p. ex., 572.2 [K72.90] encefalopatia hepática; 293.0 [F05] *delirium* devido a insuficiência hepática; 291.0 [F10.231]) *delirium* devido a abstinência de álcool. Observar que a condição médica etiológica aparece como um código separado que antecede o código do *delirium* e é substituído por *delirium* devido a condição médica de outra rubrica.

Especificar se:

Agudo: Duração de poucas horas a dias.

Persistente: Duração de semanas ou meses.

Especificar se:

Hiperativo: O indivíduo tem um nível hiperativo de atividade psicomotora que pode ser acompanhado de oscilação de humor, agitação e/ou recusa a cooperar com os cuidados médicos.

Hipoativo: O indivíduo tem um nível hipoativo de atividade psicomotora que pode estar acompanhado de lentidão e letargia que se aproxima do estupor.

Nível misto de atividade: O indivíduo tem um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da percepção. Inclui ainda pessoas cujo nível de atividade oscila rapidamente.

Procedimentos para Registro

Delirium por intoxicação por substância

***CID-9-MC*.** O nome do *delirium* por intoxicação por substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) supostamente causadora do *delirium*. O código diagnóstico é escolhido na tabela incluída no conjunto de critérios diagnósticos, com base na classe da substância. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que se acredita que uma substância seja o fator etiológico, embora sua classe seja desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno é seguido do curso (i.e., agudo, persistente), seguido do especificador indicativo do nível de atividade psicomotora (i.e., hiperativo, hipoativo, misto). Diferentemente do registro de procedimentos para a CID-10-MC, que combina *delirium* por intoxicação por substância/medicamento e transtorno por uso de substância em um só código, para a CID-9-MC é feito um diagnóstico separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de *delirium* por intoxicação agudo e hiperativo que ocorre em um homem com um transtorno grave por uso de cocaína, o diagnóstico é 292.81 *delirium* por intoxicação por cocaína, agudo, hiperativo. É feito, ainda, um diagnóstico adicional de 304.20 transtorno grave por uso de cocaína. Se o *delirium* por intoxicação ocorre sem transtorno por uso de substância comórbido (p. ex., após uso pesado e único da substância), não é registrado transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., 292.81 *delirium* por intoxicação por fenciclidina, agudo e hipoativo).

***CID-10-MC*.** O nome do *delirium* por intoxicação por substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., cocaína, dexametasona) supostamente causadora do *delirium*. O código diagnóstico é escolhido na tabela incluída no conjunto de critérios diagnósticos, com base na classe da substância e na presença ou ausência de um transtorno comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe (p. ex., dexametasona), o código para "outra substância" deve ser usado; e, nos casos em que se acredita que uma substância seja o fator etiológico, embora sua classe específica seja desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno comórbido por uso de substância (se houver) é listado primeiro, seguido da palavra "com", seguida do nome do *delirium* por intoxicação por substância, seguido do curso (i.e., agudo, persistente), seguido do especificador indicando o nível de atividade psicomotora (i.e., hiperativo, hipoativo, misto). Por exemplo, no caso de *delirium* por intoxicação agudo e hiperativo, que ocorre em um homem com transtorno grave por uso de cocaína, o diagnóstico é F14.221 transtorno grave por uso de cocaína, com *delirium* por intoxicação por cocaína, agudo e hiperativo. Não é feito um diagnóstico separado de transtorno comórbido e grave por intoxicação por cocaína. Se ocorre *delirium* por intoxicação sem transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., após uso pesado e único da substância), não é registrado transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., F16.921 *delirium* por intoxicação por fenciclidina, agudo e hipoativo).

Delirium devido a abstinência de substância

***CID-9-MC*.** O nome do *delirium* devido a abstinência de substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., álcool) supostamente causadora do *delirium* devido a abstinência. O código diagnóstico é escolhido entre os códigos específicos para substâncias, incluídos na nota para codificação, que é parte do conjunto de critérios. O nome do transtorno é seguido do curso (i.e., agudo, persistente), seguido do especificador indicativo do nível de atividade psicomotora (i.e., hiperativo, hipoativo, misto). Diferentemente dos procedimentos para registro para a CID-10-MC, que combinam *delirium* devido a abstinência de substância/medicamento e transtorno por uso de substância em um único código, no caso da CID-9-MC é feito um diagnóstico separado para o transtorno devido a uso de substância. Por exemplo, no caso de *delirium* devido a abstinência agudo e hiperativo que ocorre em um homem com transtorno grave devido a uso de álcool, o diagnóstico é 291.0 *delirium* devido a abstinência de álcool, agudo e hiperativo. É feito também diagnóstico adicional de 303.90 transtorno grave por uso de álcool.

CID-10-MC. O nome do *delirium* devido a abstinência de substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., álcool) supostamente causadora do *delirium* devido a abstinência. O código diagnóstico é escolhido entre os códigos específicos para substâncias incluídos na nota para codificação, que é parte do conjunto de critérios. Ao registrar o nome do transtorno, é listado primeiro o transtorno comórbido moderado ou grave devido a uso de substância (se houver), seguido da palavra "com", seguida de *delirium* devido a abstinência de substância, seguido do curso (i.e., agudo, persistente), seguido do especificador indicativo do nível de atividade psicomotora (i.e., hiperativo, hipoativo, misto). Por exemplo, no caso de *delirium* devido a abstinência agudo e hiperativo que ocorre em um homem com um transtorno grave devido a uso de álcool, o diagnóstico é F10.231 transtorno grave devido a uso de álcool, com *delirium* devido a abstinência de álcool, agudo e hiperativo. Não é feito um diagnóstico separado de transtorno comórbido e grave devido a uso de álcool.

***Delirium* induzido por medicamento.** O nome do *delirium* induzido por medicamento termina com a substância específica (p. ex., dexametasona) supostamente causadora do *delirium*. O nome do transtorno é seguido do curso (i.e., agudo, persistente), seguido do especificador indicativo do nível de atividade psicomotora (i.e., hiperativo, hipoativo, misto). Por exemplo, no caso de *delirium* induzido por medicamento agudo e hiperativo que ocorre em um homem que usa dexametasona conforme prescrição, o diagnóstico é 292.81 (F19.921) *delirium* induzido por dexametasona, agudo e hiperativo.

Especificadores

Em relação ao curso, em hospitais, o *delirium* costuma durar cerca de uma semana, embora alguns sintomas normalmente persistam mesmo depois que as pessoas recebem alta.

Indivíduos com *delirium* podem rapidamente mudar entre os estados hiperativo e hipoativo. O estado hiperativo pode ser mais comum ou mais frequentemente reconhecido, em geral associado a efeitos colaterais de medicamentos e a abstinência de substância. O estado hipoativo pode ser mais frequente em adultos mais velhos.

Características Diagnósticas

A característica essencial do *delirium* é uma perturbação da atenção ou da consciência, acompanhada de uma mudança na cognição basal, que não pode ser mais bem explicada por algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento. A perturbação da atenção (Critério A) é manifestada por capacidade reduzida de direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção. Perguntas têm de ser repetidas, uma vez que a atenção do indivíduo é vaga, ou a pessoa pode perseverar em uma resposta a uma pergunta anterior e não mudar a atenção de forma adequada. O indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. A perturbação na consciência é manifestada por uma orientação reduzida ao ambiente ou, por vezes, até para si mesmo.

A perturbação aparece durante curto período de tempo, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilar ao longo do dia, com piora ao entardecer e à noite, quando diminuem os estímulos externos de orientação (Critério B). Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica de alguma condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de medicamento ou exposição a toxina ou de que é uma combinação desses fatores (Critério E). A etiologia deve ser codificada conforme o subtipo etiologicamente apropriado (i.e., intoxicação devido a substância ou medicamento, abstinência de substância, outra condição médica ou múltiplas etiologias). Costuma ocorrer *delirium* no contexto de um TNC subjacente. A função cerebral prejudicada de pessoas com TNC leve e maior torna-as vulneráveis a *delirium*.

Há uma mudança adicional em, no mínimo, outra área que pode incluir memória e aprendizagem (em especial memória recente), desorientação (em especial para tempo e lugar), alteração na linguagem, distorção da percepção ou uma perturbação perceptomotora (Critério C). As perturbações perceptivas que acompanham o *delirium* incluem interpretações errôneas, ilusões ou alucinações; são perturbações comumente visuais, embora possam também ocorrer em outras modalidades, variando de simples e uniformes a altamente complexas. Atenção/excitação normais, *delirium*

e coma situam-se em um *continuum*, com o coma definido como ausência de qualquer resposta a estímulos verbais. A capacidade de avaliar a cognição para o diagnóstico de *delirium* depende de existir um nível de excitação suficiente para a resposta à estimulação verbal; assim, o *delirium* não deve ser diagnosticado no contexto de coma (Critério D). Muitos pacientes não comatosos têm nível de excitação diminuído. Os que mostram apenas reações mínimas a estímulos verbais são incapazes de colaborar em tentativas em testes padronizados ou mesmo em entrevistas. Essa incapacidade de colaboração deve ser classificada como desatenção grave. Estados de baixo nível de excitação (de início agudo) devem ser reconhecidos como indicadores de desatenção grave e mudança cognitiva e, consequentemente, *delirium.* São clinicamente indistinguíveis de *delirium* diagnosticado com base em desatenção ou alteração cognitiva provocada por meio de testes cognitivos e entrevista.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O *delirium* costuma estar associado a perturbação no sono-vigília. Essa perturbação pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade para adormecer, sono excessivo durante o dia ou vigília durante a noite. Em alguns casos, pode ocorrer inversão total do sono-vigília noite-dia. Perturbações no sono-vigília são muito comuns no *delirium*, tendo sido propostas como um critério central para o diagnóstico.

O indivíduo com *delirium* pode mostrar perturbações emocionais, como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia. Pode haver mudanças rápidas e imprevisíveis de um estado emocional a outro. O estado emocional perturbado pode, ainda, ficar evidente ao chamar, gritar, amaldiçoar, murmurar, queixar-se ou produzir outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições em que faltam estímulos ambientais.

Prevalência

A prevalência de *delirium* é muito alta entre idosos, variando conforme as características individuais, o local de atendimento e a sensibilidade do método de detecção. Sua prevalência na comunidade como um todo é baixa (1 a 2%), mas aumenta com a idade, chegando a 14% entre pessoas com mais de 85 anos. Atinge entre 10 e 30% das pessoas idosas que vão a setores de emergência, onde o *delirium* costuma indicar uma doença médica.

A prevalência de *delirium* quando as pessoas são admitidas em hospitais varia de 14 a 24%, com estimativas da incidência de aparecimento dessa condição durante a hospitalização variando de 6 a 56% em populações hospitalares em geral. Ocorre *delirium* em 15 a 53% dos idosos no pós-operatório e em 70 a 87% daqueles em unidades intensivas; em até 60% das pessoas em instituições para idosos ou em locais de atendimento pós-agudo; e em até 83% de todas as pessoas no fim da vida.

Desenvolvimento e Curso

Ao mesmo tempo que a maioria dos indivíduos com *delirium* tem recuperação completa com ou sem tratamento, o reconhecimento e a intervenção precoces costumam reduzir sua duração. A condição pode progredir até estupor, coma, convulsões ou morte, em especial quando a causa subjacente continua sem tratamento. A mortalidade entre pessoas hospitalizadas com *delirium* é alta, e até 40% dos indivíduos com essa condição, sobretudo os com malignidades e outras doenças médicas subjacentes e significativas, morrem dentro de um ano após o diagnóstico.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O *delirium* pode aumentar em contexto de prejuízo funcional, imobilidade, história de quedas, baixos níveis de atividade e uso de drogas e medicamentos com propriedades psicoativas (especialmente álcool e anticolinérgicos).

Genéticos e fisiológicos. Transtornos neurocognitivos maiores e leves podem aumentar o risco de *delirium* e complicar o curso. Idosos são particularmente suscetíveis a essa condição na

comparação com pessoas mais jovens. A suscetibilidade ao *delirium* na infância pode ser maior do que no começo e na fase intermediária da vida adulta. Na infância, pode ter relação com doenças febris e alguns medicamentos (p. ex., anticolinérgicos).

Marcadores Diagnósticos

Além de achados laboratoriais característicos de condições médicas subjacentes (ou estados de intoxicação ou abstinência), costuma haver lentificação generalizada no eletrencefalograma, sendo ocasionalmente encontrada atividade rápida (p. ex., em alguns casos de *delirium* devido a abstinência de álcool). No entanto, eletrencefalogramas são insuficientemente sensíveis e específicos para uso diagnóstico.

Consequências Funcionais do *Delirium*

O *delirium* por si só está associado a declínio funcional aumentado e a risco de institucionalização. Indivíduos com 65 anos ou mais hospitalizados com *delirium* correm três vezes mais risco de serem colocados em instituições especiais e cerca de três vezes mais risco de declínio funcional do que pacintes hospitalizados sem *delirium*, tanto por ocasião da alta como três meses depois.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos psicóticos e transtornos bipolar e depressivo com características psicóticas. O *delirium* caracterizado por alucinações vívidas, delírios, perturbações da linguagem e agitação precisa ser diferenciado de transtorno psicótico breve, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e outros transtornos psicóticos, bem como de transtornos bipolares e depressivos, com características psicóticas.

Transtorno de estresse agudo. O *delirium* associado a medo, ansiedade e sintomas dissociativos, como despersonalização, deve ser distinguido de transtorno de estresse agudo, precipitado por exposição a evento gravemente traumático.

Transtorno factício e simulação. O *delirium* pode ser distinguido desses transtornos com base na apresentação comumente atípica no transtorno factício e na simulação e na ausência de outra condição médica ou substância que tenha relação etiológica com a perturbação cognitiva aparente.

Outros transtornos neurocognitivos. A questão diagnóstica diferencial mais comum ao ser avaliada confusão em idosos inclui a distinção entre sintomas de *delirium* e demência. Cabe ao clínico determinar se um indivíduo tem *delirium*; *delirium* adicional a um TNC preexistente, como o que ocorre na doença de Alzheimer; ou um TNC sem *delirium*. A distinção tradicional entre *delirium* e demência em razão do surgimento agudo e do curso temporal é especialmente difícil nos idosos com um TNC anterior que pode não ter sido reconhecido ou naqueles que desenvolvem prejuízo cognitivo persistente após um episódio de *delirium*.

Outro *Delirium* Especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de *delirium* que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem a todos os critérios para *delirium* ou qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos. A categoria outro *delirium* especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios de *delirium* ou qualquer outro transtorno neurocognitivo específico. Isso é feito por meio do registro de "outro *delirium* especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "síndrome de *delirium* atenuado").

Um exemplo de apresentação que pode ser especificada com a designação "outro *delirium* especificado" é:

Síndrome de *delirium* atenuado: Esta síndrome aplica-se aos casos de *delirium* em que a gravidade do prejuízo cognitivo é inferior à necessária para o diagnóstico ou em que são atendidos alguns critérios diagnósticos para *delirium*, embora não todos.

Delirium Não Especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de *delirium* que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para *delirium* ou outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos. A categoria *delirium* não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para *delirium* não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves

Transtorno Neurocognitivo Maior

Critérios Diagnósticos

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com base em:
   1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
   2. Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.

B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controle medicamentoso).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

Determinar o subtipo devido a:

Doença de Alzheimer (p. 611-614)
Degeneração lobar frontotemporal (p. 614-618)
Doença com corpos de Lewy (p. 618-621)
Doença vascular (p. 621-624)
Lesão cerebral traumática (p. 624-627)
Uso de substância/medicamento (p. 627-632)
Infecção por HIV (p. 632-634)
Doença do príon (p. 634-636)
Doença de Parkinson (p. 636-638)
Doença de Huntington (p. 638-641)

Outra condição médica (p. 641-642)
Múltiplas etiologias (p. 642-643)
Não especificado (p. 643)

Nota para codificação: Código baseado na etiologia médica ou causado pelo uso de substância. Em alguns casos, necessita-se de código adicional para a condição médica etiológica, que deve preceder imediatamente o código diagnóstico quanto ao transtorno neurocognitivo maior, do seguinte modo:

Subtipo etiológico	Código médico etiológico associado para transtorno neurocognitivo maior[a]	Código para transtorno neurocognitivo maior[b]	Código para transtorno neurocognitivo leve[c]
Doença de Alzheimer	Provável: 331.0 (G30.9) Possível: sem código médico adicional	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença de Alzheimer.)
Degeneração lobar frontotemporal	Provável: 331.19 (G31.09) Possível: sem código médico adicional	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença frontotemporal.)
Doença com corpos de Lewy	Provável: 331.82 (G31.83) Possível: sem código médico adicional	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença com corpos de Lewy.)
Doença vascular	Sem código médico adicional	Provável: 290.40 (F01.5x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para a doença vascular.)
Lesão cerebral traumática	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para a lesão cerebral traumática.)
Induzido por substância/medicamento	Sem código médico adicional	Código baseado no tipo de substância causadora do transtorno neurocognitivo maior[c,d]	Código baseado no tipo de substância causadora do transtorno neurocognitivo leve[d]
Infecção por HIV	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para infecção por HIV.)
Doença do príon	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença do príon.)
Doença de Parkinson	Provável: 332.0 (G20) Possível: sem código médico adicional	Provável: 294.1x (F02.8x) Possível: 331.9 (G31.9)[c]	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença de Parkinson.)

Subtipo etiológico	Código médico etiológico associado para transtorno neurocognitivo maior[a]	Código para transtorno neurocognitivo maior[b]	Código para transtorno neurocognitivo leve[c]
Doença de Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não usar código adicional para doença de Huntington.)
Devido a outra condição médica	Codificar primeiro a outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla 340 [G35])	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Não usar códigos adicionais para as supostas condições médicas etiológicas.)
Devido a múltiplas etiologias	Codificar primeiro todas as condições médicas etiológicas (exceto em doença vascular)	294.1x (F02.8x) (Mais o código para os transtornos neurocognitivos maiores relevantes, induzidos por substância/medicamento, quando substâncias ou medicamentos têm algum papel na etiologia.)	331.83 (G31.84) (Mais o código para transtornos neurocognitivos leves e relevantes, induzidos por substância/medicamento, quando as substâncias ou os medicamentos têm algum papel na etiologia. Não usar códigos adicionais para as supostas condições médicas etiológicas.)
Transtorno neurocognitivo não especificado	Sem código médico adicional	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

[a]Primeiro código, antes do código para transtorno neurocognitivo maior.

[b]Codificar o quinto caráter com base no especificador de sintomas; .x0 sem perturbação comportamental; .x1 com perturbação comportamental (p. ex., sintomas psicóticos, perturbação do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

[c]**Nota:** O especificador da perturbação comportamental não pode ser codificado, mas deve ainda ser indicado por escrito.

[d]Ver "Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento".

Especificar:

Sem perturbação comportamental: Se a perturbação cognitiva não está acompanhada por qualquer perturbação comportamental clinicamente significativa.

Com perturbação comportamental (*especificar a perturbação)*: Se a perturbação cognitiva está acompanhada por uma perturbação comportamental clinicamente significativa (p. ex., sintomas psicóticos, alteração do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Dificuldades com as atividades instrumentais da vida diária (p. ex., trabalho doméstico, controle do dinheiro).

Moderada: Dificuldades com as atividades básicas da vida diária (p. ex., alimentar-se, vestir-se).

Grave: Totalmente dependente.

Transtorno Neurocognitivo Leve

Critérios Diagnósticos

A. Evidências de declínio cognitivo pequeno a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social) com base em:
   1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que ocorreu declínio na função cognitiva; e
   2. Prejuízo pequeno no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, outra avaliação quantificada.

B. Os déficits cognitivos não interferem na capacidade de ser independente nas atividades cotidianas (i.e., estão preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos, mas pode haver necessidade de mais esforço, estratégias compensatórias ou acomodação).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

Determinar o subtipo devido a:

Doença de Alzheimer (p. 611-614)
Degeneração lobar frontotemporal (p. 614-618)
Doença com corpos de Lewy (p. 618-621)
Doença vascular (p. 621-624)
Lesão cerebral traumática (p. 624-627)
Uso de substância/medicamento (p. 627-632)
Infecção por HIV (p. 632-634)
Doença do príon (p. 634-636)
Doença de Parkinson (p. 636-638)
Doença de Huntington (p. 638-641)
Outra condição médica (p. 641-642)
Múltiplas etiologias (p. 642-643)
Não especificado (p. 643)

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo leve devido a qualquer uma das etiologias médicas listadas anteriormente, o código é **331.83 (G31.84)**. *Não* usar códigos adicionais para as supostas condições médicas etiológicas. Para transtorno neurocognitivo leve induzido por substância/medicamento, codificar com base no tipo de substância; ver "Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento". Para transtorno neurocognitivo leve não especificado, codificar como **799.59 (R41.9)**.

Especificar:

Sem perturbação comportamental: Se a perturbação cognitiva não está acompanhada por alguma perturbação comportamental clinicamente significativa.

Com perturbação comportamental (*especificar a perturbação*): Se a perturbação cognitiva está acompanhada por alguma perturbação comportamental clinicamente significativa (p. ex., sintomas psicóticos, alteração do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

Subtipos

Transtornos neurocognitivos maiores e leves são organizados em subtipos basicamente conforme a entidade ou as entidades etiológicas/patológicas conhecidas ou supostas subjacentes ao declínio cognitivo. Esses subtipos são diferenciados com base em uma combinação de curso tem-

poral, domínios característicos afetados e sintomas associados. Para alguns subtipos etiológicos, o diagnóstico depende muito da presença de uma entidade potencialmente causadora, como a doença de Parkinson ou de Huntington, ou uma lesão cerebral traumática ou um acidente vascular cerebral no período de tempo apropriado. Para outros subtipos etiológicos (em geral, as doenças degenerativas, como a de Alzheimer, a degeneração lobar frontotemporal e a com corpos de Lewy), o diagnóstico baseia-se principalmente nos sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais. Em geral, diferenciar essas síndromes que carecem de uma entidade etiológica reconhecida de forma independente é mais fácil no contexto de um TNC maior do que em um TNC leve; algumas vezes, porém, sintomas característicos e aspectos associados estão presentes também no nível leve.

Os TNCs costumam ser controlados por clínicos de diversas áreas. No caso de vários subtipos, grupos multidisciplinares internacionais de especialistas têm desenvolvido critérios consensuais especializados, com base na correlação clinicopatológica com a patologia cerebral subjacente. Os critérios de subtipos aqui relatados foram harmonizados com os critérios desses especialistas.

Especificadores

Evidências de características comportamentais distintas nos TNCs foram reconhecidas especialmente nas áreas de sintomas psicóticos e depressão. As características psicóticas são comuns em muitos TNCs, em especial no estágio de leve a moderado de TNCs maiores devidos à doença de Alzheimer, à doença com corpos de Lewy e à degeneração lobar frontotemporal. Paranoia e outros delírios são características comuns, e com frequência um tema persecutório pode ser um aspecto proeminente da ideação delirante. Diferentemente dos transtornos psicóticos com início mais precoce na vida (p. ex., esquizofrenia), fala e comportamento desorganizados não são características de psicose nos TNCs. Podem ocorrer alucinações de qualquer tipo, embora as visuais sejam mais comuns nos TNCs do que nos transtornos depressivo, bipolar ou psicótico.

Perturbações do humor, incluindo depressão, ansiedade e euforia, podem ocorrer. A depressão é mais comum bem cedo no curso (incluindo em um TNC leve) do TNC devido à doença de Alzheimer e à de Parkinson, ao passo que a euforia pode ser mais comum na degeneração lobar frontotemporal. Quando uma síndrome afetiva completa atendendo critérios para um transtorno depressivo ou bipolar está presente, esse diagnóstico também deve ser codificado. Sintomas de humor são cada vez mais reconhecidos como uma característica significativa nos estágios iniciais de TNCs leves, de maneira que o reconhecimento clínico e a intervenção podem ser importantes.

Agitação é comum em uma ampla gama de TNCs, em especial no TNC maior com intensidade moderada a grave, frequentemente ocorrendo no contexto de confusão ou frustração. Pode surgir como comportamentos agressivos, sobretudo no contexto de resistência aos deveres do cuidador, como o banho e o vestir. A agitação é caracterizada como atividade motora e vocal disruptiva, com tendência a ocorrer em estágios avançados de prejuízo cognitivo em todos os TNCs.

Indivíduos com TNC podem se apresentar com uma variedade de sintomas comportamentais que constituem o foco do tratamento. Sono perturbado é um sintoma comum capaz de criar necessidade de atenção clínica, podendo incluir sintomas de insônia, hipersonia e perturbações no ritmo circadiano.

Apatia é comum em TNCs leves e maiores. É encontrada especialmente no TNC devido à doença de Alzheimer, podendo ser uma característica proeminente do transtorno devido à degeneração lobar frontotemporal. A apatia costuma ser caracterizada por motivação diminuída e comportamento voltado a metas reduzido, acompanhado de responsividade emocional menor. Os sintomas de apatia podem se manifestar cedo no curso dos TNCs, quando pode ser observada perda de motivação para a realização das atividades cotidianas ou de passatempos.

Outros sintomas comportamentais importantes incluem perambulação, desinibição, hiperfagia e acumulação. Alguns são característicos de transtornos específicos, conforme discutido nas respectivas seções. Quando observada mais de uma perturbação comportamental, cada tipo deve ser registrado por escrito, com o especificador "com sintomas comportamentais".

Características Diagnósticas

Há TNCs maiores e leves em um espectro de prejuízo cognitivo e funcional. Transtorno neurocognitivo maior corresponde à condição referida no DSM-IV como *demência*, mantida nesta edição como uma alternativa. A característica principal dos TNCs é um declínio cognitivo adquirido em um ou mais domínios (Critério A), com base em 1) preocupação com a cognição por parte do indivíduo, um informante conhecedor ou o clínico e 2) desempenho em alguma avaliação objetiva que fica aquém do nível esperado ou com declínio observado ao longo do tempo. Tanto a preocupação como a evidência objetiva são necessárias, pois são complementares. Quando há foco exclusivo em testes objetivos, pode não ser diagnosticado um transtorno em pessoas com bom funcionamento, cujo desempenho atualmente "normal" na verdade representa um declínio substancial em suas capacidades, ou pode uma doença ser diagnosticada de forma incorreta em indivíduos cujo desempenho atualmente "baixo" não representa uma mudança na comparação com seus dados iniciais ou resulta de fatores externos, como condições do teste ou doença passageira. Alternativamente, foco excessivo em sintomas subjetivos pode prejudicar o diagnóstico de doença em pessoas com *insight* pobre ou cujos informantes negam ou não conseguem perceber os sintomas ou, ainda, ser explicitamente sensível nas que se dizem preocupadas.

Uma preocupação cognitiva difere de uma queixa no sentido de poder ou não ser expressa de forma espontânea. Pode, diferentemente, ter de ser provocada por meio de questionamento criterioso sobre sintomas específicos, que costumam ocorrer em indivíduos com déficits cognitivos (Tabela 1, no início deste capítulo). Por exemplo, preocupações com a memória incluem dificuldade de recordar pequenas listas de compras ou de acompanhar o desenrolar de um programa na TV; preocupações executivas incluem dificuldade de retomar uma tarefa quando interrompida, organizar registros de impostos ou planejar uma refeição em um feriado. No contexto de TNCs leves, é possível que a pessoa descreva essas tarefas como mais difíceis ou demandando mais tempo, esforço ou estratégias compensatórias. No contexto de TNCs maiores, esse tipo de tarefa pode ser concluída somente com assistência ou então ser completamente abandonada. No contexto de TNCs leves, os indivíduos e suas famílias podem não notar esses sintomas ou percebê-los como normais, em especial em idosos; assim, assume enorme importância o conhecimento da história. As dificuldades devem representar mudanças mais do que padrões de toda uma vida: o indivíduo ou o informante pode esclarecer essa questão, ou o clínico pode inferir mudanças em relação a experiências anteriores com o paciente ou a partir do trabalho ou de outras pistas. É também fundamental determinar que as dificuldades tenham relação mais com perda cognitiva do que com limitações motoras ou sensoriais.

Testes neuropsicológicos, com o desempenho comparado com padrões normais apropriados a idade, nível educacional e antecedentes culturais do paciente, são parte da avaliação-padrão de transtornos neurocognitivos, sendo essenciais na avaliação de TNC leve. No caso de TNC maior, o desempenho costuma evidenciar 2 ou mais desvios-padrão aquém dos padrões normais adequados (terceiro percentil ou abaixo). Em TNC leve, o desempenho costuma ficar em uma variação de 1 a 2 desvios-padrão (entre o percentil 3 e o 16). Não há disponibilidade, entretanto, de testes neuropsicológicos em todos os contextos, e os limiares neuropsicológicos são sensíveis ao(s) teste(s) específico(s) e aos padrões normais empregados, bem como às condições do teste, às limitações sensoriais e à doença intercorrente. Existe uma variedade de avaliações a serem feitas em consultório ou "à beira do leito", conforme descrito na Tabela 1, capazes de fornecer dados objetivos em contextos nos quais esses testes não estão disponíveis ou não podem ser feitos. Seja qual for a situação, da mesma forma que com as preocupações cognitivas, o desempenho objetivo deve ser interpretado à luz do desempenho anterior do indivíduo. O ideal seria que essa informação estivesse disponível a partir de uma administração anterior do mesmo teste, mas frequentemente isso deve ser inferido com base em padrões normais apropriados, em conjunto com a história educacional, profissional e outros fatores individuais. Os padrões normais constituem um desafio de interpretação em pessoas com níveis educacionais muito altos ou muito baixos e em pessoas testadas fora do próprio idioma ou antecedentes culturais.

O Critério B tem a ver com o nível de independência individual no funcionamento diário. Pessoas com TNC maior terão prejuízo com gravidade suficiente para interferir na independência, a ponto de outros terem de assumir tarefas que antes elas conseguiam realizar por conta própria.

Indivíduos com TNC leve terão a independência preservada, embora possa haver interferência sutil no funcionamento ou relato de que as tarefas exigem mais esforço ou mais tempo que antes.

A distinção entre TNC maior ou leve é inerentemente arbitrária, e os transtornos existem ao longo de um *continuum*. Assim, é difícil determinar limiares precisos. Há necessidade de muito cuidado na obtenção da história, na observação e na integração com outros achados, tendo de ser levadas em conta implicações diagnósticas quando as manifestações clínicas individuais se situam em zona limítrofe.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Normalmente, as características associadas que dão apoio a um diagnóstico de TNC maior ou leve serão específicas do subtipo etiológico (p. ex., sensibilidade neuroléptica e alucinações visuais em TNC devido à doença com corpos de Lewy). Tais características diagnósticas de cada subtipo são encontradas nas seções específicas.

Prevalência

A prevalência de TNC varia conforme a idade e o subtipo etiológico. As estimativas gerais de prevalência costumam estar disponíveis apenas para populações com mais idade. Entre indivíduos com mais de 60 anos, a prevalência aumenta gradativamente com a idade; as estimativas, assim, são mais exatas para faixas etárias mais estreitas do que para categorias amplas, como "com mais de 65 anos" (situação em que a média de idade pode variar muito de acordo com a expectativa de vida da população). Para os subtipos etiológicos que ocorrem ao longo do ciclo de vida, estimativas de prevalência para TNC podem estar disponíveis, se for o caso, apenas como uma fração dos indivíduos que desenvolvem TNC entre aqueles com a condição relevante (p. ex., lesão cerebral traumática, infecção por HIV).

As estimativas gerais de prevalência para demência (amplamente congruentes com TNC maior) são de cerca de 1 a 2% aos 65 anos de idade, chegando até 30% aos 85 anos. A prevalência de TNC leve é bastante sensível à definição do transtorno, em especial nas comunidades, onde as avaliações são menos detalhadas. Além disso, diferentemente das clínicas, onde a preocupação cognitiva provavelmente é alta na busca e localização de atendimento, pode haver um declínio menos claro na comparação com o funcionamento inicial. As estimativas de prevalência de prejuízo cognitivo leve (substancialmente congruente com TNC leve) entre indivíduos mais velhos são bastante variáveis, indo de 2 a 10% aos 65 anos de idade e de 5 a 25% aos 85 anos.

Desenvolvimento e Curso

O curso do TNC varia ao longo de subtipos etiológicos, e essa variação pode ser útil no diagnóstico diferencial. Alguns subtipos (p. ex., os relacionados a lesão cerebral traumática ou acidente vascular cerebral) costumam ter início em um momento específico e (pelo menos após o desaparecimento dos primeiros sintomas relativos a inflamação ou edema) permanecem estáticos. Outros podem oscilar com o tempo (ainda que, ocorrendo isso, deva ser levada em conta a possibilidade de *delirium* sobreposto ao TNC). Os TNCs devidos a doenças degenerativas, como a de Alzheimer ou a degeneração lobar frontotemporal, costumam ser marcados por aparecimento insidioso e progressão gradativa, e o padrão de surgimento de déficits cognitivos e características associadas ajuda a diferenciá-los.

Transtornos neurocognitivos com surgimento na infância e adolescência podem ter repercussões amplas no desenvolvimento social e intelectual; nesse contexto, a incapacidade intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) e/ou outros transtornos do neurodesenvolvimento podem ser também diagnosticados para que se tenha todo o quadro diagnóstico e se assegure o oferecimento de uma ampla gama de serviços. Nos idosos, os transtornos neurocognitivos costumam ocorrer em situações de doenças médicas, fragilidade e perda sensorial, que complicam o quadro clínico quanto ao diagnóstico e tratamento.

Quando a perda cognitiva ocorre entre a juventude e a vida adulta intermediária, é possível que os indivíduos e suas famílias busquem atendimento. Os transtornos neurocognitivos

costumam ser de fácil identificação na juventude, embora, em alguns contextos, simulação e transtornos factícios possam preocupar. Bem mais tarde na vida, os sintomas cognitivos podem não preocupar ou não ser percebidos. É ainda nesse período que o TNC leve deve também ser diferenciado dos déficits mais simples associados ao "envelhecimento normal", ainda que uma parte substancial do que é atribuído ao envelhecimento normal possa representar fases prodrômicas de vários TNCs. Além disso, fica cada vez mais difícil o reconhecimento de um TNC leve com o envelhecimento devido à crescente prevalência de doenças médicas e deficiências sensoriais. Há dificuldade também na distinção entre subtipos com o envelhecimento, uma vez que há múltiplas fontes potenciais de declínio neurocognitivo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os fatores de risco variam não apenas por subtipo etiológico como também pela idade de início entre os subtipos. Alguns se distribuem durante o ciclo de vida; outros ocorrem, exclusiva e basicamente, no período de vida mais tardio. Mesmo nos TNCs do envelhecimento, a prevalência relativa varia com a idade; a doença de Alzheimer não é comum antes dos 60 anos, e sua prevalência aumenta gradativamente daí em diante, ao passo que a degeneração lobar frontotemporal, em geral menos comum, surge mais cedo e representa uma fração cada vez menor de TNCs com o envelhecimento.

Genéticos e fisiológicos. O fator de risco mais forte para TNCs maiores e leves é a idade, basicamente porque com o envelhecimento aumenta o risco de doença neurodegenerativa e cerebrovascular. O sexo feminino está associado a maior prevalência de demência em geral, em especial a doença de Alzheimer; essa diferença, no entanto, é amplamente atribuível, se não totalmente, à maior longevidade das mulheres.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O nível de percepção e preocupação de indivíduos e famílias quanto a sintomas neurocognitivos pode variar de acordo com grupos étnicos e profissionais. Os sintomas neurocognitivos podem ser mais percebidos, especialmente no nível leve, em indivíduos envolvidos em atividades profissionais, domésticas ou recreativas complexas. Além disso, as normas de testes neuropsicológicos tendem a estar disponíveis apenas para populações maiores, podendo tornar-se de difícil aplicação em indivíduos com formação aquém do ensino médio ou naqueles que são avaliados fora de sua cultura ou em outro idioma que não o seu primário.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Assim como a idade, a cultura e a profissão, as questões relacionadas ao gênero podem influenciar o nível de preocupação e percepção de sintomas cognitivos. Além disso, no caso dos transtornos neurocognitivos em período de vida mais tardio, as mulheres são provavelmente mais velhas, têm mais comorbidade médica e moram sozinhas, o que pode complicar a avaliação e o tratamento. Ademais, há diferenças de gênero na frequência de alguns subtipos etiológicos.

Marcadores Diagnósticos

Além da obtenção de uma história médica criteriosa, as avaliações neuropsicológicas são as principais medidas de diagnóstico de transtornos neurocognitivos, particularmente no nível leve, no qual as mudanças funcionais são mínimas, e os sintomas, mais sutis. O ideal seria que as pessoas fossem encaminhadas para teste formal neuropsicológico, que proporcionaria uma avaliação quantitativa de todos os domínios relevantes, auxiliando, então, no diagnóstico. Decorreriam orientações à família em relação a áreas em que a pessoa necessitaria de mais apoio, funcionando também como marco para declínio posterior ou resposta às terapias. Quando esse tipo de teste não está disponível ou não é factível, as avaliações breves da Tabela 1 podem oferecer entendimento em cada domínio. Testes do estado mental breves mais globais podem ser úteis, embora

possam ser insensíveis, em especial em relação a mudanças menores em um único domínio ou nos indivíduos com elevadas capacidades pré-mórbidas, e podem ser excessivamente sensíveis em indivíduos com baixas capacidades pré-mórbidas.

Nas distinções entre subtipos etiológicos, outros marcadores diagnósticos podem desempenhar um papel, particularmente estudos de imagem neurológica, como imagem por ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons. Além disso, marcadores específicos podem ser envolvidos na avaliação de subtipos específicos, podendo adquirir mais importância à medida que se acumulam mais resultados de pesquisas, conforme discutido nas seções específicas.

Consequências Funcionais de Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves

Por definição, transtornos neurocognitivos maiores e leves influenciam o funcionamento, considerando-se o papel central da cognição na vida das pessoas. Assim, os critérios para os transtornos e o limiar de distinção entre transtorno neurocognitivo maior e menor baseiam-se, em parte, em avaliações funcionais. No TNC maior, há ampla variação de prejuízos funcionais, conforme descrito nos especificadores de gravidade. Além disso, as funções específicas comprometidas podem ajudar a identificar os domínios cognitivos afetados, em especial quando não há testes neuropsicológicos disponíveis ou quando sua interpretação é difícil.

Diagnóstico Diferencial

Cognição normal. O diagnóstico diferencial entre cognição normal e TNC leve, da mesma forma que entre TNC leve e maior, é um desafio, porque as fronteiras são inerentemente arbitrárias. São fundamentais a essas distinções a obtenção da história e a avaliação objetiva. Pode ser essencial à detecção de TNC leve uma avaliação longitudinal que utilize investigações quantificadas.

***Delirium*.** Transtornos neurocognitivos leve e maior podem ser difíceis de diferenciar de *delirium* persistente, capaz de ocorrer ao mesmo tempo. Uma investigação criteriosa da atenção e de excitação pode ajudar nessa diferenciação.

Transtorno depressivo maior. A distinção entre TNC leve e transtorno depressivo maior, que pode ser concomitante a TNC, também pode ser um desafio. Podem ser úteis padrões específicos de cognição. Por exemplo, déficits consistentes de memória e função executiva são típicos da doença de Alzheimer, ao passo que comprometimento não específico ou mais variável do desempenho é encontrado na depressão maior. Alternativamente, o tratamento do transtorno depressivo, com observação repetida ao longo do tempo, pode ser necessário para que seja feito o diagnóstico.

Transtorno específico da aprendizagem e outros transtornos do neurodesenvolvimento. É útil, para fazer a distinção entre transtorno neurocognitivo e transtorno específico da aprendizagem ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, um esclarecimento criterioso da condição basal do indivíduo. Outras questões podem participar da diferença quanto a subtipos etiológicos específicos, conforme descrito nas seções específicas.

Comorbidade

Os TNCs são comuns em idosos; assim, são concomitantes a uma grande variedade de doenças relacionadas ao envelhecimento, o que pode complicar o diagnóstico e o tratamento. A que mais se destaca é o *delirium*, para o qual o TNC aumenta o risco. Em pessoas idosas, *delirium* durante a hospitalização é, em muitos casos, a primeira vez em que é percebido um TNC, ainda que a história atenta revele, com frequência, evidências de declínio anterior. Transtornos neurocognitivos mistos também são comuns em idosos, uma vez que a prevalência de muitas entidades etiológicas aumenta com o envelhecimento. Em pessoas mais jovens, TNC costuma ocorrer com transtornos do neurodesenvolvimento; por exemplo, lesão cerebral em criança na pré-escola pode também levar a questões desenvolvimentais e de aprendizagem significativas. Comorbidade adicional de TNCs é frequentemente relacionada ao subtipo etiológico, conforme discutido nas seções específicas.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízo em um ou mais domínios cognitivos (no caso de transtorno neurocognitivo maior, pelo menos dois domínios devem estar prejudicados).
C. Os critérios são atendidos para doença de Alzheimer provável ou possível, do seguinte modo:

Para transtorno neurocognitivo maior:
Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se qualquer um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticada **possível doença de Alzheimer**.

1. Evidência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético.
2. Todos os três a seguir estão presentes:
   a. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série).
   b. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.
   c. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

Para transtorno neurocognitivo leve:
Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se há evidência de alguma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, constatada em teste genético ou história familiar.

Possível doença de Alzheimer é diagnosticada se não há evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer, de acordo com teste genético ou história familiar, com presença de todos os três a seguir:

1. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem.
2. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.
3. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

D. A perturbação não é mais bem explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Nota para codificação: Em provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, com perturbação comportamental, codificar primeiro **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer, seguida de **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer. Em provável transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer, seguida de **294.10 (F02.80)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, sem perturbação comportamental.
Para possível transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, codificar **331.9 (G31.9)** possível transtorno neurocognitivo maior. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para doença de Alzheimer. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)
Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Não* usar o código adicional para doença de Alzheimer. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

Além da síndrome de transtorno neurocognitivo (Critério A), as características centrais de TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer incluem início insidioso e progressão gradual dos

sintomas cognitivos e comportamentais (Critério B). A apresentação característica é amnéstica (i.e., com prejuízo da memória e da aprendizagem). Também existem apresentações não amnésticas incomuns, em especial variantes visuoespaciais e afásicas logopênicas. Na fase leve do TNC, a doença de Alzheimer costuma se manifestar com prejuízo na memória e na aprendizagem, por vezes acompanhado de deficiências na função executiva. Na fase maior do TNC, estão também prejudicadas a capacidade visuoconstrutiva/perceptomotora e a linguagem, particularmente quando o TNC é moderado a grave. A cognição social tende a ficar preservada até mais tarde no curso da doença.

Precisa ser especificado um nível de certeza diagnóstica que denote doença de Alzheimer como etiologia "provável" ou "possível" (Critério C). É diagnosticada *doença de Alzheimer provável* em TNC maior e leve diante de evidência de um gene causador da doença de Alzheimer, seja por meio de teste genético, seja por história familiar dominante autossômica, junto de confirmação por necropsia ou teste genético em membro da família afetado. Para TNC maior, um quadro clínico típico, sem platôs prolongados ou evidências de etiologia mista, pode também ser diagnosticado devido a uma provável doença de Alzheimer. Para TNC leve, considerando-se o grau menor de certeza de que as deficiências irão evoluir, essas características são apenas suficientes para uma etiologia de Alzheimer *possível*. Se a etiologia parecer mista, TNC leve devido a múltiplas etiologias deve ser diagnosticado. Independentemente do caso, seja para TNC leve ou maior devido à doença de Alzheimer, as características clínicas não devem sugerir outra etiologia primária para o TNC (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Em clínicas especializadas, cerca de 80% dos indivíduos com transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer apresentam manifestações comportamentais e psicológicas; essas características são também frequentes no estágio leve de prejuízo do transtorno neurocognitivo. Esses sintomas causam tanto sofrimento ou mais que as manifestações cognitivas, sendo, com frequência, a razão para a busca de cuidados de saúde. No estágio leve do transtorno neurocognitivo, ou no nível mais leve de transtorno neurocognitivo maior, costuma ser encontrada depressão e/ou apatia. Com transtorno neurocognitivo maior moderadamente grave, características psicóticas, irritabilidade, agitação, agressividade e perambulação são comuns. Mais tarde na doença, distúrbios na marcha, disfagia, incontinência, mioclonia e convulsões são observados.

Prevalência

A prevalência de demência generalizada (TNC maior) aumenta rapidamente com o envelhecimento. Em países com renda mais elevada, varia de 5 a 10% na sétima década até, pelo menos, 25% daí em diante. Dados estatísticos norte-americanos sugerem que cerca de 7% das pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer têm entre 65 e 74 anos de idade, 53% entre 75 e 84 anos, e 40% têm 85 anos ou mais. O percentual de demências atribuíveis à doença de Alzheimer varia de cerca de 60% a mais de 90%, dependendo do contexto e dos critérios diagnósticos. TNC leve devido à doença de Alzheimer possivelmente representa também uma fração substancial de prejuízo cognitivo leve (*mild cognitive impairment* – MCI).

Desenvolvimento e Curso

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer progride gradualmente, por vezes com platôs de curta duração, indo da demência grave à morte. A duração média da sobrevida após o diagnóstico situa-se por volta de 10 anos, refletindo mais a idade avançada da maioria dos indivíduos do que o curso da doença; há pessoas que conseguem viver com ela por até 20 anos. Indivíduos no estágio avançado acabam mudos e confinados ao leito. A morte costuma ser consequência de aspiração nos que sobrevivem ao longo do curso completo. No TNC leve devido à doença de Alzheimer, os prejuízos aumentam com o tempo, com o estado funcional, pouco a pouco, declinando, até que os sintomas cheguem ao limiar para o diagnóstico de TNC maior.

O surgimento de sintomas costuma ocorrer na oitava ou nona década devida; formas de início precoce encontradas na quinta e sexta décadas têm, frequentemente, relação com mutações

causadoras conhecidas. Os sintomas e a patologia não apresentam grandes diferenças em idades distintas de aparecimento. Pessoas mais jovens, porém, têm mais probabilidade de sobreviver ao curso completo da doença, ao passo que pessoas com mais idade têm mais probabilidade de apresentar várias comorbidades médicas, que afetam o curso e o controle da doença. A complexidade diagnóstica é mais alta nos idosos devido à maior possibilidade de doença médica comórbida e patologia mista.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Lesão cerebral traumática aumenta o risco de TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer.

Genéticos e fisiológicos. A idade é o fator de risco mais poderoso para a doença de Alzheimer. A suscetibilidade genética ao polimorfismo da apolipoproteína E4 aumenta o risco e reduz a idade do início, especialmente em indivíduos homozigóticos. Também existem genes extremamente raros causadores da doença de Alzheimer. Indivíduos com a síndrome de Down (trissomia do 21) desenvolvem a doença de Alzheimer se chegam até a vida adulta intermediária. Múltiplos fatores de risco vasculares influenciam o risco da doença e podem agir aumentando a patologia cerebrovascular ou, ainda, provocando efeitos diretos na patologia da doença de Alzheimer.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A detecção de um TNC pode ser mais difícil em contextos culturais e socioeconômicos em que a perda da memória é considerada normal com o envelhecimento, onde os idosos veem-se diante de menos demandas cognitivas na vida diária ou em que níveis educacionais muito baixos acarretam desafios maiores a avaliações cognitivas objetivas.

Marcadores Diagnósticos

Atrofia cortical, placas neuríticas com predomínio amiloide e emaranhados neurofibrilares com predominância de proteínas tau são marcos do diagnóstico patológico da doença de Alzheimer, podendo ser confirmados via exame histopatológico após a morte. Em casos com início precoce, com herança autossômica dominante, uma mutação em um dos genes conhecidos causadores da doença de Alzheimer – proteína precursora do amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) ou presenilina 2 (PSEN2) – pode estar envolvida, e testes genéticos para tais mutações estão disponíveis no comércio, pelo menos para PSEN1. A apoliproteína 4 não serve como marcador diagnóstico, porque é somente um fator de risco, não sendo nem necessária, nem suficiente para a ocorrência da doença.

Uma vez que os depósitos de amiloides beta 42 no cérebro ocorrem cedo na cascata fisiopatológica, testes diagnósticos com base amiloide, como imagens amiloides na tomografia cerebral por emissão de pósitrons (PET) e níveis reduzidos de amiloide beta 42 no líquido cerebrospinal (LCS), podem ter valor diagnóstico. Sinais de lesão neuronal, como atrofia cortical no hipocampo, e temporoparietal, em imagens por ressonância magnética, hipometabolismo temporoparietal em PET com fluorodeoxiglicose e evidências de níveis elevados da tau total e da tau fosfato no LCS, oferecem evidências de dano neuronal, embora sejam menos específicos para a doença de Alzheimer. Até agora, esses biomarcadores não estão totalmente validados, e muitos estão disponíveis apenas em locais de atendimento terciário. Entretanto, alguns deles, em conjunto com biomarcadores recentes, provavelmente farão parte da prática clínica mais ampla nos próximos anos.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer

A proeminência de perda de memória pode causar dificuldades significativas relativamente cedo no curso. A cognição social (e, assim, o funcionamento social) e a memória de procedimentos (p. ex., dançar, tocar instrumentos musicais) podem ser relativamente preservadas por longos períodos.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos neurocognitivos. Transtornos neurocognitivos maiores e leves devido a outros processos neurodegenerativos (p. ex., doença com corpos de Lewy, degeneração lobar frontotemporal) partilham o surgimento insidioso e o declínio gradativo causados pela doença de Alzheimer, embora tenham características distintas. No TNC vascular maior ou leve, costuma haver história de acidente vascular cerebral temporariamente relacionada ao surgimento de prejuízo cognitivo, com infartos ou aumento de intensidades da substância branca considerados suficientes para responder pelo quadro clínico. No entanto, sobretudo quando não existe história clara de declínio gradual, o TNC maior ou leve pode partilhar muitas características clínicas da doença de Alzheimer.

Outra doença neurológica ou sistêmica ativa e comórbida. Outras doenças neurológicas ou sistêmicas devem ser consideradas quando há uma relação temporal apropriada e gravidade que respondam pelo quadro clínico. No nível leve do TNC, pode ser difícil diferenciar a etiologia da doença de Alzheimer daquela de outra condição médica (p. ex., distúrbios da tireoide, deficiência de vitamina B_{12}).

Transtorno depressivo maior. Particularmente no nível leve de um TNC, o diagnóstico diferencial inclui ainda depressão maior. A presença de depressão pode estar associada a funcionamento diário reduzido e concentração insatisfatória capazes de assemelhar-se a um TNC. A melhora com tratamento da depressão pode ser útil para a distinção.

Comorbidade

A maior parte das pessoas com a doença de Alzheimer é composta de idosos, com múltiplas condições médicas capazes de complicar o diagnóstico e influenciar o curso clínico. Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer costuma ocorrer com doença cerebrovascular, contribuindo para o quadro clínico. Quando uma condição comórbida colabora com o TNC em um indivíduo com doença de Alzheimer, TNC devido a múltiplas etiologias deve ser diagnosticado.

Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Maior ou Leve

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. A perturbação tem surgimento insidioso e progressão gradual.
C. Qualquer um entre (1) e (2):
    1. Variante comportamental:
        a. Três ou mais dos sintomas comportamentais a seguir:
            i. Desinibição comportamental.
            ii. Apatia ou inércia.
            iii. Perda de simpatia ou empatia.
            iv. Comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ritualístico.
            v. Hiperoralidade e mudanças na dieta.
        b. Declínio proeminente na cognição social e/ou nas capacidades executivas.
    2. Variante linguística:
        a. Declínio proeminente na capacidade linguística, na forma de produção da fala, no encontro de palavras, na nomeação de objetos, na gramática ou na compreensão de palavras.
D. Preservação relativa da aprendizagem e da memória e da função perceptomotora.
E. A perturbação não é mais bem explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Provável transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se algum dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticado **possível transtorno neurocognitivo frontotemporal**:

1. Evidências de uma mutação genética causadora de transtorno neurocognitivo frontotemporal, a partir da história familiar ou de testes genéticos.
2. Evidências de envolvimento desproporcional do lobo frontal e/ou lobo temporal, com base em neuroimagem.

Possível transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se não houver evidências de uma mutação genética e o exame de neuroimagem não tiver sido realizado.

Nota para codificação: Para provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, com perturbação comportamental, codificar primeiro **331.19 (G31.09)** doença frontotemporal, seguida de **294.11 (F02.81)** provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal com perturbação comportamental. Para provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **331.19 (G31.09)** doença frontotemporal, seguida de **294.10 (F02.80)** provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, sem perturbação comportamental.

Para possível transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração frontotemporal, codificar **331.9 (G31.9)** possível transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal. (**Nota:** *Não* usar o código adicional para doença frontotemporal. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Para transtorno neurocognitivo leve devido a degeneração lobar frontotemporal, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Não* usar o código adicional para doença frontotemporal. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

Transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve compreende uma série de variantes sindrômicas, caracterizadas pelo desenvolvimento progressivo de mudança comportamental e de personalidade e/ou prejuízo na linguagem. A variante comportamental e três variantes linguísticas (semântica, agramatical/não fluente e logopênica) mostram padrões distintos de atrofia cerebral e alguma neuropatologia distintiva. Devem ser atendidos os critérios para a variante comportamental ou linguística para que seja feito o diagnóstico, mas muitas pessoas apresentam características de ambas.

Indivíduos com a variante comportamental do TNC frontotemporal maior ou leve apresentam graus variados de apatia ou desinibição. Podem perder interesse na socialização, no autocuidado e nas responsabilidades pessoais ou evidenciar comportamentos socialmente inadequados. O *insight* está, em geral, prejudicado, o que costuma retardar a consulta médica. O primeiro encaminhamento costuma ser a um psiquiatra. Os indivíduos podem desenvolver mudanças no estilo social e nas crenças religiosas e políticas, com movimentos repetitivos, acumulação, mudanças no comportamento alimentar e hiperoralidade. Nos estágios posteriores, pode ocorrer perda de controle dos esfincteres. Declínio cognitivo é menos destacado, e testes formais podem mostrar relativamente poucas deficiências nos estágios iniciais. Os sintomas neurocognitivos comuns incluem falta de planejamento e organização, distratibilidade e julgamento insatisfatório. Deficiências na função executiva, como desempenho ruim em testes de flexibilidade mental, raciocínio abstrato e inibição de resposta estão presentes, embora aprendizagem e memória estejam relativamente poupadas, com as capacidades perceptomotoras quase sempre preservadas nos estágios iniciais.

Indivíduos com a variante linguística do TNC frontotemporal maior ou leve apresentam afasia progressiva primária, com surgimento gradual, com três subtipos comumente descritos: variante semântica, variante agramatical/não fluente e variante logopênica, sendo que cada uma reúne características distintivas e neuropatologia correspondente.

"Provável" é diferenciado de "possível" TNC frontotemporal pela presença de fatores genéticos etiológicos (p. ex., mutações na codificação genética para a proteína tau associada aos

microtúbulos) ou pela presença de atrofia distintiva ou atividade reduzida nas regiões frontotemporais, em imagens estruturais ou funcionais.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Características extrapiramidais podem ser proeminentes em alguns casos, com uma sobreposição com síndromes, como a paralisia supranuclear progressiva e a degeneração corticobasal. Características de doença neuronal motora podem estar presentes em alguns casos (p. ex., atrofia muscular, fraqueza). Um subconjunto de indivíduos desenvolve alucinações visuais.

Prevalência

Transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve é causa comum de TNC de surgimento precoce em pessoas com menos de 65 anos. As estimativas de prevalência populacional variam de 2 a 10 para cada 100.000. Por volta de 20 a 25% dos casos de TNC frontotemporal ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos. O transtorno responde por cerca de 5% de todos os casos de demência em séries não selecionadas de autópsias. Estimativas de prevalência da variante comportamental e da variante linguística semântica são mais elevadas em indivíduos do sexo masculino, e estimativas de prevalência da variante linguística não fluente no sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos com TNC frontotemporal maior ou leve costumam estar na sexta década de vida, ainda que a idade do surgimento varie da terceira à nona década. A doença progride lentamente, com sobrevida média de 6 a 11 anos após o aparecimento dos sintomas e de 3 a 4 anos após o diagnóstico. A sobrevida é mais curta, e o declínio mais rápido, no TNC frontotemporal do que na doença de Alzheimer típica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Por volta de 40% dos indivíduos com TNC maior ou leve têm história familiar de TNC com surgimento precoce, e cerca de 10% mostram um padrão autossômico dominante herdado. Foram identificados vários fatores genéticos, como mutações no gene codificador da proteína tau associada aos microtúbulos (*microtubule associated protein tau* – MAPT), o gene granulina (*granulin gene* – GRN) e o gene C9ORF72. Uma variedade de famílias com mutações causadoras foi identificada (ver a seção "Marcadores Diagnósticos" a seguir), mas muitos indivíduos com transmissão familiar conhecida não têm a mutação conhecida. A presença de doença neuronal motora está associada a deterioração mais rápida.

Marcadores Diagnósticos

Imagem por tomografia computadorizada (TC) ou por ressonância magnética estrutural (RMe) pode mostrar padrões distintos de atrofia. Na variante comportamental do TNC frontotemporal maior ou leve, os dois lobos (em especial os médio-frontais) e os lobos temporais anteriores estão atróficos. Na variante linguística semântica do TNC maior ou leve, o lobo intermediário, o inferior e o anterior estão bilateralmente atróficos, embora de forma assimétrica, com o lado esquerdo normalmente mais afetado. A variante linguística não fluente do TNC frontotemporal maior ou leve está associada a atrofia predominantemente insular-frontal posterior esquerda. A variante logopênica do TNC frontotemporal maior ou leve está associada a atrofia predominantemente parietal ou perisilviana posterior esquerda. Imagens funcionais demonstram hipoperfusão e/ou hipometabolismo cortical nas regiões cerebrais correspondentes, que podem estar presentes nos primeiros estágios na ausência de anormalidade estrutural. Biomarcadores de surgimento mais recente para a doença de Alzheimer (p. ex., níveis de tau e beta-amiloide do líquido cerebrospinal e imagem amiloide) podem ajudar no diagnóstico diferencial, mas a distinção da doença de

Alzheimer pode continuar difícil (a variante logopênica costuma, na verdade, ser uma manifestação dessa doença).

Nos casos familiares de TNC frontotemporal, a identificação de mutações genéticas pode ajudar a confirmar o diagnóstico. Mutações associadas ao TNC frontotemporal incluem os genes codificadores da proteína tau associada aos microtúbulos (MAPT) e à granulina (GRN), o gene C9ORF72, a proteína de resposta transativa de ligação ao DNA de 43 kDa (TDP-43 ou TARDBP), a proteína que contém valosina (*valosin-containing protein* – VCP), a proteína 2B modificadora da cromatina (CHMP2B) e a proteína fusionada no sarcoma (FUS).

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Maior ou Leve

Devido à idade relativamente precoce do início do transtorno, este costuma afetar o local de trabalho e a vida familiar. Considerando-se o envolvimento da linguagem e/ou do comportamento, o funcionamento costuma ficar prejudicado de forma mais grave relativamente cedo no curso. Para indivíduos com a variante comportamental, antes do esclarecimento diagnóstico, pode ter ocorrido ruptura familiar significativa, envolvimento legal e problemas no local de trabalho devido a comportamentos socialmente inadequados. O prejuízo funcional devido à mudança comportamental e à disfunção linguística, que pode incluir hiperoralidade, perambulação impulsiva e outros comportamentos desinibidos, pode ir muito além do resultante da perturbação cognitiva, ocasionando, por vezes, internação em casa de repouso ou institucionalização. Esses comportamentos podem ser gravemente disruptivos, mesmo em locais com estrutura de atendimento, sobretudo quando os indivíduos são de outro modo saudáveis, não fragilizados e estão livres de outras comorbidades médicas.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos neurocognitivos. Outras doenças neurodegenerativas podem ser diferenciadas de TNC frontotemporal maior ou leve pelos aspectos característicos. No TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer, o declínio na aprendizagem e na memória é um aspecto precoce. Todavia, 10 a 30% dos pacientes que se apresentam com uma síndrome sugestiva de TNC frontotemporal maior ou leve mostram, via necropsia, ser portadores de patologia da doença de Alzheimer. Isso ocorre com mais frequência em indivíduos que apresentam síndromes com alterações progressivas nas funções executivas na ausência de mudanças comportamentais ou de transtorno do movimento ou nos que apresentam a variante logopênica.

No TNC maior ou leve com corpos de Lewy, aspectos centrais e sugestivos dos corpos de Lewy podem estar presentes. No TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson, surge parkinsonismo espontâneo bem antes do declínio cognitivo. No TNC vascular maior ou leve, dependendo das regiões cerebrais afetadas, pode também haver perda da capacidade executiva e mudanças comportamentais, como apatia, e esse transtorno deve ser levado em conta no diagnóstico diferencial. Uma história de evento cerebrovascular, no entanto, está temporalmente relacionada ao aparecimento de prejuízo cognitivo no TNC vascular maior ou leve, e a neuroimagem revela infartos ou lesões na substância branca, em quantidade suficiente para responder pelo quadro clínico.

Outras condições neurológicas. Transtorno cognitivo frontotemporal maior ou leve se sobrepõe clínica e patologicamente a paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal e doença neuronal motora. A paralisia supranuclear progressiva caracteriza-se por paralisias supranucleares de olhar fixo e parkinsonismo predominantemente axial. Sinais pseudobulbares podem estar presentes, e retropropulsão costuma ser proeminente. Uma avaliação neurocognitiva mostra lentidão psicomotora, memória de trabalho com funcionamento ruim e disfunção executiva. A degeneração corticobasal apresenta-se com rigidez assimétrica, apraxia dos membros, instabilidade postural, mioclonia, fenômeno do membro alienígena e perda sensorial cortical. Muitos indivíduos com a variante comportamental do TNC frontotemporal maior ou leve apresentam características de doença do neurônio motor, que tende a ser doença mista do neurônio superior e predominantemente do neurônio motor inferior.

Outros transtornos mentais e condições médicas. A variante comportamental do TNC frontotemporal pode ser confundida com transtorno mental primário, como depressão maior, transtornos bipolares ou esquizofrenia, e indivíduos com essa variante costumam apresentar-se, inicialmente, ao psiquiatra. Com o tempo, o desenvolvimento de dificuldades neurocognitivas progressivas ajudará a fazer a distinção. É útil uma avaliação médica criteriosa para que sejam excluídas causas tratáveis de TNCs, como distúrbios metabólicos, deficiências nutricionais e infecções.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. O transtorno tem surgimento insidioso e progressão gradual.
C. O transtorno atende a uma combinação de características diagnósticas centrais e sugestivas para provável ou possível transtorno neurocognitivo com corpos de Lewy.
   Para provável transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, o indivíduo tem duas características centrais ou uma sugestiva com um ou mais aspectos principais.
   Para possível transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, o indivíduo tem apenas uma característica central ou um ou mais aspectos sugestivos.
   1. Características diagnósticas centrais:
      a. Cognição oscilante, com variações acentuadas na atenção e no estado de alerta.
      b. Alucinações visuais recorrentes, bem formadas e detalhadas.
      c. Características espontâneas de parkinsonismo, com aparecimento subsequente ao desenvolvimento do declínio cognitivo.
   2. Características diagnósticas sugestivas:
      a. Atende a critérios de transtorno comportamental do sono do movimento rápido dos olhos (ou sono REM – *rapid eye movement*).
      b. Sensibilidade neuroléptica grave.
D. A perturbação não é mais bem explicada por doença vascular cerebral, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Nota para codificação: Para provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, com perturbação comportamental, codificar primeiro **331.82 (G31.83)** doença com corpos de Lewy, seguida de **294.11 (F02.81)** provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, com perturbação comportamental. Para provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **331.82 (G31.83)** doença com corpos de Lewy, seguida de **294.10 (F02.80)** provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, sem perturbação comportamental.

Para possível transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, codificar **331.9 (G31.9)** possível transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, . (**Nota**: *Não* usar o código adicional para doença com corpos de Lewy. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Para transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para doença com corpos de Lewy. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

Transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy (TNCCL), no caso de TNC maior, corresponde à condição conhecida como demência com corpos de Lewy (DCL). O transtorno in-

clui não somente prejuízo cognitivo progressivo (com as primeiras mudanças ocorrendo mais na atenção complexa e na função executiva do que na aprendizagem e na memória) como também alucinações visuais complexas recorrentes e sintomas concorrentes de transtorno comportamental do sono com movimento rápido dos olhos (REM) (que pode ser uma manifestação muito precoce), além de alucinações de outras modalidades sensoriais, depressão e delírios. Os sintomas oscilam em um padrão que pode se assemelhar a *delirium*, embora não possa ser encontrada uma causa subjacente. A apresentação variável dos sintomas de TNCCL reduz a probabilidade de todos os sintomas serem observados em uma consulta clínica breve, havendo necessidade de uma investigação completa das observações do cuidador. O uso de escalas de avaliação especificamente criadas para avaliar oscilações pode ajudar no diagnóstico. Outro aspecto central é o parkinsonismo espontâneo, que deve começar após o surgimento do declínio cognitivo; por convenção, são observados déficits cognitivos maiores, no mínimo, um ano antes dos sintomas motores. O parkinsonismo também deve ser diferenciado de sinais extrapiramidais induzidos por neurolépticos. É fundamental o diagnóstico preciso para um planejamento seguro do tratamento, uma vez que até 50% dos indivíduos com TNCCL têm sensibilidade grave a fármacos neurolépticos, e esses medicamentos devem ser usados com muita cautela no controle das manifestações psicóticas.

O diagnóstico de TNCCL leve é apropriado para indivíduos que apresentam aspectos centrais ou sugestivos, em um estágio em que prejuízos cognitivos ou funcionais não têm gravidade suficiente para atenderem aos critérios de TNC maior. Da mesma forma que para todos os TNCs leves, porém, com frequência haverá evidências insuficientes que justifiquem qualquer etiologia isolada, sendo mais apropriado o uso de um diagnóstico não especificado.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com TNCCL têm quedas repetidas e síncope, além de episódios passageiros de perda de consciência sem explicação. Disfunção autonômica, como hipotensão ortostática e incontinência urinária, pode ser observada. São comuns alucinações auditivas e não visuais, da mesma forma que delírios sistematizados, identificação errônea delirante e depressão.

Prevalência

As poucas estatísticas disponíveis de prevalência baseadas na população para TNCCL variam de 0,1 a 5% da população idosa em geral e de 1,7 a 30,5% de todos os casos de demência. Nas séries de bancos de cérebros (necropsia), as lesões patológicas conhecidas como corpos de Lewy estão presentes em 20 a 35% dos casos de demência. A proporção entre os sexos masculino e feminino é de cerca de 1,5:1.

Desenvolvimento e Curso

O TNCCL é um doença gradualmente progressiva, com surgimento insidioso. Há, porém, com frequência, uma história prodrômica de episódios de confusão (*delirium*) de surgimento agudo, comumente precipitados por doença ou cirurgia. A distinção entre TNCCL, em que os corpos de Lewy são basicamente de localização cortical, e TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson, em que a patologia é basicamente nos gânglios da base, é a ordem em que aparecem os sintomas cognitivos e motores. No TNCCL, o declínio é manifestado cedo no curso da doença, pelo menos um ano antes do surgimento dos sintomas motores (ver a seção "Diagnóstico Diferencial" para este transtorno). O curso da doença pode ser caracterizado por platôs ocasionais, mas eventualmente há progressão, que vai da demência grave à morte. A duração média da sobrevida é de 5 a 7 anos nas séries clínicas. O aparecimento de sintomas costuma ser observado a partir da sexta até a nona década de vida, com a maior parte dos casos tendo o surgimento quando as pessoas afetadas estão na metade da sétima década de vida.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Pode ocorrer agregação familiar, tendo sido identificados vários genes de risco, embora na maior parte dos casos de TNCCL não haja história familiar.

Marcadores Diagnósticos

A doença neurodegenerativa subjacente é essencialmente uma sinucleinopatia em razão de duplicações errôneas e agregação da alfa-sinucleína. Testes cognitivos que vão além do uso de instrumentos breves para rastreio podem ser necessários para definir os déficits com clareza. Escalas avaliativas, criadas para medir oscilações, podem ser úteis. A condição associada de transtorno comportamental do sono REM pode ser diagnosticada por meio de um estudo formal do sono ou identificada por perguntas ao paciente ou a um informante sobre sintomas relevantes. Sensibilidade neuroléptica (desafio) não é indicada como marcador diagnóstico, mas, se ocorre, faz surgir a suspeita de TNCCL. Uma característica diagnóstica sugestiva é a baixa captação do transportador de dopamina estriatal em tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), ou tomografia por emissão de pósitrons (PET). Outros marcadores clínicos potencialmente úteis incluem a conservação relativa de estruturas temporais médias em imagens por tomografia computadorizada/ressonância magnética do cérebro; a captação reduzida do transportador de dopamina estriatal nos exames de SPECT/PET; a baixa captação generalizada em SPECT/PET de perfusão, com atividade occipital reduzida; e a cintilografia do miocárdio MIBG anormal, sugerindo denervação simpática: atividade destacada com ondas lentas no eletrencefalograma, com ondas transientes no lobo temporal.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy

Pessoas com TNCCL estão mais prejudicas funcionalmente do que o esperado para seus déficits cognitivos quando comparadas a indivíduos com outras doenças degenerativas, como a doença de Alzheimer. Em grande parte, isso é consequência de prejuízos autonômicos e motores, causadores de problemas de higiene íntima, movimentação e ato alimentar. Distúrbios do sono e sintomas psiquiátricos proeminentes podem também ser parte das dificuldades funcionais. Assim, a qualidade de vida de indivíduos com esse transtorno costuma ser significativamente pior do que a daqueles com doença de Alzheimer.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson. Um aspecto distintivo essencial no diagnóstico clínico é a sequência temporal em que aparecem o parkinsonismo e o TNC. No caso de TNC devido à doença de Parkinson, o indivíduo deve desenvolver declínio cognitivo no contexto da doença de Parkinson estabelecida; por convenção, o declínio só atinge o estágio de TNC maior pelo menos um ano após o diagnóstico da doença de Parkinson. Se decorreu menos de um ano desde o surgimento de sintomas motores, o diagnóstico é TNCCL. Essa distinção fica mais clara no nível do TNC maior do que no do leve.

O momento certo e a sequência do parkinsonismo e do TNC leve podem ser de difícil determinação, porque o surgimento e a apresentação clínica podem ser ambíguos, e TNC leve não especificado deve ser diagnosticado diante da ausência de outras características principais e sugestivas.

Comorbidade

A patologia com corpos de Lewy costuma coexistir com a doença de Alzheimer e com a patologia da doença cerebrovascular, em especial em idosos. Na doença de Alzheimer, há patologia da sinucleína concomitante em 60% dos casos (se incluídos casos limitados à amígdala). Geralmente,

há proporção mais alta da patologia com corpos de Lewy em indivíduos com demência do que em indivíduos idosos sem demência.

Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Os aspectos clínicos são consistentes com uma etiologia vascular, conforme sugerido por um dos seguintes:
   1. O surgimento de déficits cognitivos está temporariamente relacionado com um ou mais de um evento cerebrovascular.
   2. Evidências de declínio são destacadas na atenção complexa (incluindo velocidade de processamento) e na função executiva frontal.
C. Há evidências da presença de doença cerebrovascular a partir da história, do exame físico e/ou de neuroimagem consideradas suficientes para responder pelos déficits cognitivos.
D. Os sintomas não são mais bem explicados por outra doença cerebral ou transtorno sistêmico.

Provável transtorno neurocognitivo vascular é diagnosticado quando um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticado **possível transtorno neurocognitivo vascular**:

1. Os critérios clínicos têm apoio de evidências de neuroimagem de lesão parenquimal significativa, atribuída a doença cerebrovascular (com apoio de neuroimagem).
2. A síndrome neurocognitiva é temporalmente relacionada com um ou mais eventos cerebrovasculares documentados.
3. Evidências clínicas e genéticas (p. ex., arteriopatia cerebral autossômica dominante, com infartos subcorticais e leucoencefalopatia) de doença cerebrovascular estão presentes.

Possível transtorno neurocognitivo vascular é diagnosticado quando os critérios clínicos são atendidos, mas não está disponível neuroimagem, e a relação temporal da síndrome neurocognitiva com um ou mais de um evento cerebrovascular não está estabelecida.

Nota para codificação: Para provável transtorno neurocognitivo vascular maior, com perturbação comportamental, codificar **290.40 (F01.51)**. Para provável transtorno neurocognitivo vascular maior, sem perturbação comportamental, codificar **290.40 (F01.50)**. Para possível transtorno neurocognitivo vascular maior, com ou sem perturbação comportamental, codificar **331.9 (G31.9)**. Não é necessário um código adicional para a doença cerebrovascular.

Para transtorno neurocognitivo vascular leve, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar um código adicional para a doença vascular. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve exige o estabelecimento de um TNC (Critério A) e a determinação de que a doença cerebrovascular é a patologia dominante, quando não exclusiva, que responde pelos déficits cognitivos (Critérios B e C). A etiologia vascular pode variar de acidente vascular cerebral em grande vaso a doença microvascular; a apresentação é, assim, bastante heterogênea, derivada dos tipos de lesões vasculares e de sua extensão e localização. As lesões podem ser focais, multifocais ou difusas e ocorrer em várias combinações.

Muitos indivíduos com TNC vascular maior ou leve apresentam infartos múltiplos, com um declínio agudo gradual ou flutuante na cognição, bem como períodos intervenientes de estabilidade e até mesmo alguma melhora. Outros podem ter surgimento gradual, com progressão lenta, rápido desenvolvimento de déficits, seguido de relativa estabilidade, ou outra apresentação complexa. Transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve, com surgimento gradativo e progressão lenta, costuma ser decorrente de alguma doença dos pequenos vasos ou de lesões na substância branca, nos gânglios da base e/ou no tálamo. A progressão gradativa, nesses casos, costuma ser

pontuada por eventos agudos, que deixam déficits neurológicos sutis. Os déficits cognitivos podem ser atribuídos a uma ruptura dos circuitos córtico-subcorticais, com possível influência na atenção complexa, em especial na velocidade do processamento de informações e na capacidade executiva.

Investigar de forma suficiente a presença de uma doença cerebrovascular depende da história, do exame físico e de neuroimagem (Critério C). Certeza etiológica exige a demonstração de anormalidades na neuroimagem. A falta dessas neuroimagens pode resultar em imprecisão diagnóstica significativa pela omissão de infarto cerebral "silencioso" e lesões na substância branca. Se, entretanto, o prejuízo cognitivo está temporariamente associado a um ou mais acidentes vasculares cerebrais bem documentados, pode ser feito um diagnóstico provável na falta de neuroimagem. Evidências clínicas de doença cerebrovascular incluem a história documentada de acidente vascular cerebral, com declínio cognitivo temporariamente associado ao evento, ou sinais físicos consistentes com um acidente vascular cerebral (p. ex., hemiparesia, síndrome pseudobulbar, falha no campo visual). Evidências de neuroimagem (evidências de doença cerebrovascular em ressonância magnética ou tomografia computadorizada) englobam um ou mais dos seguintes: um ou mais grandes vasos infartados ou hemorrágicos, um único infarto ou hemorragia estrategicamente situada (p. ex., no giro angular, no tálamo, na porção anterior e basal do cérebro), dois ou mais infartos lacunares fora do tronco cerebral ou lesões extensas e confluentes da substância branca. Esta última, com frequência, é chamada de *doença do vaso menor*, ou *mudanças isquêmicas subcorticais*, em avaliações clínicas com neuroimagem.

No TNC vascular leve, costuma ser suficiente a história de um só acidente vascular cerebral ou de doença extensa da substância branca. No TNC vascular maior, costumam ser necessários dois ou mais acidentes vasculares cerebrais, um acidente vascular cerebral estrategicamente situado ou uma combinação de doença da substância branca e uma ou mais lacunas.

O transtorno não deve ser mais bem explicado por outro transtorno. Por exemplo, déficit proeminente de memória bem cedo no curso pode sugerir doença de Alzheimer; características parkinsonianas destacadas e precoces sugerem doença de Parkinson; e uma associação próxima entre o início e a depressão sugere depressão.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A avaliação neurológica costuma revelar história de acidente vascular cerebral e/ou episódios isquêmicos transitórios, além de sinais indicativos de infartos cerebrais. Encontram-se também normalmente associadas mudanças de personalidade e humor, abulia, depressão e oscilação emocional. Desenvolvimento de sintomas depressivos de aparecimento tardio, acompanhados de desaceleração psicomotora e disfunção executiva, é uma apresentação comum entre idosos com doença isquêmica progressiva em pequenos vasos ("depressão vascular").

Prevalência

Transtorno neurocognitivo maior ou leve é a segunda causa mais comum de TNC depois da doença de Alzheimer. Nos Estados Unidos, estatísticas de prevalência na população referentes a demência vascular variam de 0,2% na faixa dos 65 a 70 anos até 16% em pessoas com 80 anos ou mais. Nos três meses após um acidente vascular cerebral, 20 a 30% dos indivíduos são diagnosticados com demência. Em séries neuropatológicas, a prevalência de demência vascular aumenta de 13% aos 70 anos de idade para 44,6% aos 90 anos ou mais na comparação com a doença de Alzheimer (23,6 a 51%) e com a combinação de demência vascular e doença de Alzheimer (2 a 46,4%). Uma prevalência mais elevada tem sido relatada nos afro-americanos, comparados a brancos, e em países do leste asiático (p. ex., Japão, China). A prevalência é maior em indivíduos do sexo masculino do que nos do sexo feminino.

Desenvolvimento e Curso

Pode ocorrer TNC maior ou leve em qualquer idade, ainda que a prevalência aumente exponencialmente após os 65 anos. Em pessoas idosas, patologias adicionais podem, em parte, ser as

responsáveis pelos déficits neurocognitivos. O curso pode variar de início agudo com melhora parcial para declínio gradual a progressivo, com flutuações e platôs de duração variável. O TNC vascular subcortical puro maior ou leve pode ter um curso progressivo lento, que simula TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. As consequências neurocognitivas de uma lesão encefálica vascular são influenciadas por fatores de neuroplasticidade, como educação, exercício físico e atividade mental.

Genéticos e fisiológicos. Os principais fatores de risco de TNC vascular maior ou leve são os mesmos que os da doença cerebrovascular, incluindo hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, níveis elevados de colesterol, níveis elevados de homocisteína, outros fatores de risco de aterosclerose e arteriolosclerose, fibrilação atrial e outras condições que aumentam o risco de embolia cerebral. Angiopatia amiloide cerebral é um fator de risco importante, em que ocorrem depósitos amiloides em vasos arteriais. Outro fator de risco significativo é a condição hereditária de arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia, ou CADASIL (*cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*).

Marcadores Diagnósticos

Neuroimagens estruturais, usando ressonância magnética ou TC, têm papel importante no processo diagnóstico. Não existem outros biomarcadores estabelecidos de TNC vascular maior ou leve.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve

Transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve costuma estar associado a déficits físicos, causadores de mais incapacidade.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos neurocognitivos. Considerando que infartos cerebrais incidentais e lesões na substância branca são comuns em indivíduos idosos, é importante levar em conta outras etiologias possíveis na presença de um transtorno neurocognitivo. História de déficit de memória no começo do curso, com piora progressiva da memória, da linguagem, da função executiva e das capacidades perceptomotoras, na ausência de lesões focais correspondentes em imagens do cérebro, sugere a doença de Alzheimer como diagnóstico primário. Biomarcadores potenciais sendo atualmente validados para a doença de Alzheimer, como níveis de beta-amiloide e de tau fosforilada no líquido cerebrospinal, bem como imagem amiloide, podem ser úteis no diagnóstico diferencial. O TNC com corpos de Lewy difere do TNC vascular maior ou leve em suas características principais de cognição oscilante, alucinações visuais e parkinsonismo espontâneo. No TNC vascular maior ou leve, ocorrem déficits na função executiva e na linguagem, ao passo que o surgimento insidioso e a progressão gradual de prejuízos dos aspectos comportamentais ou da linguagem são características de TNC frontotemporal, não sendo típicos da etiologia vascular.

Outras condições médicas. Não é feito um diagnóstico de TNC vascular maior ou leve se outras doenças (p. ex., tumor cerebral, esclerose múltipla, encefalite, distúrbios tóxicos ou metabólicos) estão presentes e tenham gravidade suficiente para responder pelo prejuízo cognitivo.

Outros transtornos mentais. É inadequado um diagnóstico de TNC vascular maior ou leve quando os sintomas podem ser completamente atribuídos a *delirium*, embora este possa, por vezes, estar sobreposto a um TNC vascular maior ou leve preexistente, situação em que podem ser feitos os dois diagnósticos. Se atendidos os critérios para transtorno depressivo maior, e o

prejuízo cognitivo está temporariamente relacionado ao possível surgimento da depressão, não deve ser diagnosticado TNC vascular maior ou leve. Quando, porém, o TNC antecedeu o desenvolvimento da depressão, ou a gravidade do prejuízo cognitivo está fora de proporção em relação à gravidade da depressão, ambos devem ser diagnosticados.

Comorbidade

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer costuma ocorrer concomitantemente com TNC vascular maior ou leve, caso em que os dois diagnósticos devem ser feitos. Há concomitância frequente de TNC vascular maior ou leve e depressão.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há evidências de uma lesão cerebral traumática – isto é, um impacto na cabeça ou outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro dentro do crânio, com um ou mais dos seguintes:
   1. Perda de consciência.
   2. Amnésia pós-traumática.
   3. Desorientação e confusão.
   4. Sinais neurológicos (p. ex., neuroimagem que mostra lesão; um novo início de convulsões; piora marcante de um transtorno convulsivo preexistente; cortes no campo visual; anosmia, hemiparesia).
C. O transtorno neurocognitivo apresenta-se imediatamente após a ocorrência da lesão cerebral traumática ou imediatamente após a recuperação da consciência, persistindo após o período agudo pós-lesão.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, com perturbação comportamental: para a CID-9-MC, codificar primeiro **907.0** efeito tardio de lesão intracraniana sem fratura do crânio, seguido de **294.11** transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, com perturbação comportamental. Para a CID-10-MC, codificar primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa, com perda de consciência de duração não especificada, seguida de **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, com perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, sem perturbação comportamental: para a CID-9-MC, codificar primeiro **907.0** lesão intracraniana de efeito tardio, sem fratura de crânio, seguida de **294.10** transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, sem perturbação comportamental. Para a CID-10-MC, codificar primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa, com perda de consciência de duração não especificada, sequelas, seguida de **F02.80** transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, sem perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para lesão cerebral traumática. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Especificadores

Classificar a gravidade do transtorno neurocognitivo, e não a lesão cerebral traumática subjacente (ver a seção "Desenvolvimento e Curso" para este transtorno).

Características Diagnósticas

Transtorno neurocognivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática (LCT) é causado por um impacto na cabeça ou por outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro na caixa craniana, como pode ocorrer em lesões por explosão. Uma *lesão cerebral traumática* é definida como trauma cerebral, com características específicas que incluem, pelo menos, um dos seguintes: perda de consciência, amnésia pós-traumática, desorientação e confusão ou, em casos mais graves, sinais neurológicos (p. ex., neuroimagem positiva, um novo surgimento de convulsões ou piora marcante de um transtorno convulsivo preexistente, cortes no campo visual, anosmia, hemiparesia) (Critério B). Para ser passível de atribuição a uma LCT, o transtorno neurocognitivo deve apresentar-se imediatamente após a ocorrência da lesão cerebral ou imediatamente após a pessoa recuperar a consciência pós-lesão, persistindo além do período agudo pós-lesão (Critério C).

A apresentação cognitiva é variável. Dificuldades nos domínios de atenção complexa, habilidade executiva, aprendizagem e memória são comuns, bem como desaceleração na velocidade do processamento de informações e perturbações na cognição social. Na LCT mais grave, em que há contusão cerebral, hemorragia intracraniana ou lesão penetrante, pode haver déficits neurocognitivos adicionais, como afasia, negligência e dispraxia construtiva.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Transtorno neurocognivo maior ou leve devido a uma LCT pode vir acompanhado de perturbações na função emocional (p. ex., irritabilidade, frustração fácil, tensão e ansiedade, oscilação afetiva), mudanças na personalidade (p. ex., desinibição, apatia, desconfiança, agressão), perturbações físicas (p. ex., cefaleia, fadiga, distúrbios do sono, vertigem ou tontura, tinido ou hiperacusia, sensibilidade à luz, anosmia, tolerância reduzida a medicamentos psicotrópicos) e, em especial na LCT mais grave, sintomas e sinais neurológicos (p. ex., convulsões, hemiparesia, perturbações visuais, déficits em nervos cranianos) e evidências de lesões ortopédicas.

Prevalência

Nos Estados Unidos, ocorre anualmente 1,7 milhão de LCTs, resultando em 1,4 milhão de visitas a setores de emergência, 275 mil hospitalizações e 52 mil mortes. Cerca de 2% da população vive com incapacidade associada a LCT. Indivíduos do sexo masculino têm 59% das LCTs nos Estados Unidos. As etiologias mais comuns de LCT, nesse país, são quedas, acidentes automotivos e golpes na cabeça. Colisões e pancadas na cabeça que ocorrem em esportes de contato são cada vez mais reconhecidas como fontes de LCT leve, com a preocupação de que repetidas LCTs leves podem acarretar persistência cumulativa de sequelas.

Desenvolvimento e Curso

A gravidade de uma LCT é classificada no momento da lesão/primeira avaliação como leve, moderada ou grave, conforme os limiares apresentados na Tabela 2.

A classificação da gravidade da LCT por si só não corresponde, necessariamente, à gravidade do TNC resultante. O curso de recuperação de uma LCT é variável, dependendo não apenas das especificidades da lesão como também de cofatores, como idade, história anterior de dano cerebral ou abuso de substância, que podem favorecer a recuperação ou impedi-la.

TABELA 2 Classificações da gravidade de lesão cerebral traumática (LCT)

Característica da lesão	LCT leve	LCT moderada	LCT grave
Perda de consciência	< 30 min	30 min-24 horas	> 24 horas
Amnésia pós-traumática	< 24 horas	24 horas-7 dias	> 7 dias
Desorientação e confusão na primeira avaliação (na Escala de Coma de Glasgow)	13-15 (não abaixo de 13 a 30 minutos)	9-12	3-8

Sintomas neurocomportamentais tendem a ser mais graves no período após a lesão cerebral traumática. A não ser no caso de lesão grave, o curso normal é o de melhora completa ou substancial dos sintomas e sinais neurocognitivos, neurológicos e psiquiátricos associados. Os sintomas neurocognitivos associados a uma LCT leve tendem a resolver-se em dias a semanas após a lesão, com uma resolução completa normalmente ocorrendo em três meses. Outros sintomas que podem, potencialmente, ser concomitantes aos sintomas neurológicos (p. ex., depressão, irritabilidade, fadiga, cefaleia, sensibilidade à luz, perturbação do sono) tendem também a ter solução nas semanas após a LCT. Uma deterioração substancial subsequente nessas áreas tende a levar à consideração de diagnósticos adicionais. Lesão cerebral traumática leve repetida, entretanto, pode estar associada a perturbação neurocognitiva persistente.

Com LCT moderada e grave, além da persistência de déficits neurocognitivos, pode haver complicações neurofisiológicas, emocionais e comportamentais associadas. Entre elas, incluem-se convulsões (particularmente no primeiro ano), sensibilidade à luz, hiperacusia, irritabilidade, agressividade, depressão, perturbação do sono, fadiga, apatia, incapacidade para retomar a função profissional e social no nível pré-lesão e deterioração nas relações interpessoais. Lesão cerebral traumática moderada a grave é associada a risco maior de depressão, agressividade e possíveis doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer.

As características de transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a uma LCT irão variar de acordo com idade, especificidades da lesão e cofatores. Prejuízo persistente relacionado à LCT, em bebê ou criança, pode se refletir em atrasos no alcance dos marcos do desenvolvimento (p. ex., aquisição da linguagem), piora do desempenho acadêmico e possível prejuízo do desenvolvimento social. Entre adolescentes com mais idade e adultos, os sintomas persistentes podem incluir vários déficits neurocognitivos, irritabilidade, hipersensibilidade a luz e som, fadiga fácil e mudanças do humor, incluindo depressão, ansiedade, hostilidade ou apatia. Em pessoas com mais idade, com reservas cognitivas esgotadas, a LCT leve tem mais possibilidade de resultar em recuperações incompletas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Fatores de risco para lesão cerebral traumática. As taxas de lesão cerebral traumática variam com a idade, com a maior prevalência entre indivíduos com menos de 4 anos de idade, adolescentes mais velhos e pessoas com mais de 65 anos. As quedas são a causa mais comum de LCT, acidentes com veículos automotivos vindo em segundo lugar. Concussões nos esportes são causas frequentes de LCT em crianças mais velhas, adolescentes e adultos jovens.

Fatores de risco para transtorno neurocognitivo após lesão cerebral traumática. Concussões repetidas podem levar a TNC persistente e evidências neuropatológicas de encefalopatia traumática. Intoxicação concomitante, por alguma substância, pode aumentar a gravidade de uma LCT resultante de acidente com veículo automotivo, embora ainda não se conheça se intoxicação à época da lesão piora ou não as consequências neurocognitivas.

Modificadores do curso. A LCT leve costuma ter solução em poucas semanas a meses, embora a cura possa ser retardada ou ficar incompleta no contexto de LCTs repetidas. Uma consequência pior da LCT moderada a grave está associada ao envelhecimento (mais de 40 anos) e a parâmetros clínicos iniciais, como baixo escore na Escala de Coma de Glasgow, piora da função motora, não reatividade pupilar e evidências de lesão cerebral (p. ex., hemorragias com petéquias, hemorragia subaracnoide, mudança na meia-vida, obliteração do terceiro ventrículo) por meio de tomografia computadorizada.

Marcadores Diagnósticos

Além de testes neuropsicológicos, rastreamento por TC pode revelar hemorragias com petéquias, hemorragia subaracnoide ou evidências de contusão. A ressonância magnética pode também revelar hiperintensidades sugestivas de micro-hemorragias.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática

Com TNC leve devido a uma LCT, as pessoas podem relatar menor eficiência cognitiva, dificuldade de concentração e capacidade reduzida de realizar as atividades comuns. Com TNC maior devido a LCT, a pessoa pode ter dificuldades para viver com independência e com autocuidado. Características neuromotoras destacadas, como falta grave de coordenação, ataxia e lentificação motora, podem estar presentes no TNC maior devido a LCT, podendo aumentar as dificuldades funcionais. Pessoas com histórias de LCT informam mais sintomas depressivos, com estes podendo amplificar as queixas cognitivas e piorar as consequências funcionais. Além disso, perda de controle emocional, inclusive afeto agressivo ou inadequado e apatia, pode estar presente após uma LCT mais grave, com prejuízo neurocognitivo maior. Essas características podem aumentar as dificuldades para uma vida independente e para o autocuidado.

Diagnóstico Diferencial

Em alguns casos, a gravidade dos sintomas neurocognitivos pode parecer inconsistente com a da LCT. Após a exclusão de complicações neurológicas não detectadas anteriormente (p. ex., hematoma crônico), a possibilidade de diagnósticos como transtorno de sintomas somáticos ou transtorno factício precisa ser considerada. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode ocorrer com o TNC e ter sintomas que se sobrepõem (p. ex., dificuldade de concentração, humor depressivo, desinibição comportamental agressiva).

Comorbidade

Entre indivíduos com transtornos por uso de substância, os efeitos neurocognitivos da substância contribuem para mudanças neurocognitivas associadas à LCT, ou dela participam. Alguns sintomas associados à LCT podem se sobrepor aos encontrados em casos de TEPT, ocorrendo comorbidade entre os dois transtornos, em especial entre os militares.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Os prejuízos neurocognitivos não ocorrem exclusivamente durante o curso de *delirium* e persistem além da duração habitual da intoxicação e da abstinência aguda.
C. A substância ou medicamento envolvido, bem como a duração e o alcance do uso, é capaz de produzir o prejuízo neurocognitivo.
D. O curso temporal dos déficits neurocognitivos é consistente com o período em que ocorreu o uso e a abstinência de uma substância ou medicamento (p. ex., os déficits continuam estáveis ou diminuem após um período de abstinência).
E. O transtorno neurocognitivo não é passível de atribuição a outra condição médica ou não é mais bem explicado por outro transtorno mental.

Nota para codificação: Os códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC para os transtornos neurocognitivos induzidos por [substância/medicamento específico] estão indicados na tabela a seguir. Observar que o código da CID-10-MC depende da presença ou não de um transtorno comórbido por uso de substância para a mesma classe de substância. Quando um transtorno leve por uso de substância é comórbido com o transtorno neurocognitivo induzido por substância, o número da 4ª posição é "1", e o clínico deve registrar "transtorno leve por uso de [substância]" antes de transtorno neurocognitivo

induzido por substância (p. ex., "transtorno leve por uso de inalante, com transtorno neurocognitivo maior induzido por inalante"). Quando um transtorno moderado a grave por uso de substância é comórbido com o transtorno neurocognitivo induzido por substância, o número da 4ª posição é "2", e o clínico deve registrar "transtorno moderado por uso de [substância]", ou "transtorno grave por uso de [substância]", dependendo da gravidade do transtorno comórbido por uso de substância. Não existindo transtorno comórbido por uso de substância, o número da 4ª posição é "9", e o clínico deve registrar somente o transtorno neurocognitivo induzido por substância. Para algumas classes de substâncias (i.e., álcool, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos), não é permitido codificar um transtorno comórbido por uso leve de substância com um transtorno neurocognitivo induzido por substância; pode ser diagnosticado apenas um transtorno comórbido por uso moderado a grave de substância ou nenhum transtorno por uso de substância. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.

		CID-10-MC		
	CID-9-MC	**Com transtorno por uso, leve**	**Com transtorno por uso, moderado a grave**	**Sem transtorno por uso**
Álcool (transtorno neurocognitivo maior), tipo não amnéstico confabulatório	291.2	NA	F10.27	F10.97
Álcool (transtorno neurocognitivo maior), tipo amnéstico confabulatório	291.1	NA	F10.26	F10.96
Álcool (transtorno neurocognitivo leve)	291.89	NA	F10.288	F10.988
Inalante (transtorno neurocognitivo maior)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inalante (transtorno neurocognitivo leve)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico (transtorno neurocognitivo maior)	292.82	NA	F13.27	F13.97
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico (transtorno neurocognitivo leve)	292.89	NA	F13.288	F13.988
Outra substância (ou substância desconhecida) (transtorno neurocognitivo maior)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
Outra substância (ou substância desconhecida) (transtorno neurocognitivo leve)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar se:

Persistente: O prejuízo neurocognitivo continua a ser significativo após longo período de abstinência.

Procedimentos para Registro

CID-9-MC. O nome do transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento termina com o nome da substância específica (p. ex., álcool) supostamente causadora dos sintomas neurocognitivos. O código diagnóstico é escolhido na tabela incluída no conjunto de critérios, com base na classe da substância. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe, o código para "outra substância" deve ser usado; e nos casos em que se acredita que uma substância seja um fator etiológico, mas sua classe seja desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

O nome do transtorno (i.e., transtorno neurocognitivo maior induzido por [substância específica] ou transtorno neurocognitivo leve induzido por [substância específica]) é seguido do

tipo, no caso do álcool (i.e., tipo não amnéstico confabulatório, tipo amnéstico confabulatório), seguido da especificação da duração (i.e., persistente). Diferentemente dos procedimentos para registro da CID-10-MC, que combinam o transtorno induzido por substância/medicamento com o transtorno por uso de substância em um só código, para a CID-9-MC é atribuído um código separado para o transtorno por uso de substância. Por exemplo, no caso de sintomas amnésticos/confabulatórios persistentes em homem com transtorno grave por uso de álcool, o diagnóstico é 291.1 transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnéstico/confabulatório e persistente. Também é feito um diagnóstico adicional de 303.90 transtorno grave por uso de álcool. Se ocorrer transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento, sem transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., após uso esporádico e pesado de inalantes), não é registrado transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., 292.82 transtorno neurocognitivo leve induzido por inalante).

CID-10-MC. O nome do transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento termina com a substância específica (p. ex., álcool) supostamente causadora dos sintomas cognitivos. O código diagnóstico é escolhido na tabela incluída no conjunto de critérios, com base na classe da substância e na presença ou ausência de um transtorno comórbido por uso de substância. No caso de substâncias que não se enquadram em nenhuma classe, o código para "outra substância" deve ser usado; e nos casos em que se acredita que uma substância seja um fator etiológico, mas sua classe seja desconhecida, deve ser usada a categoria "substância desconhecida".

Ao registrar o nome do transtorno, primeiro é listado o transtorno comórbido por uso de substância, seguido da palavra "com", seguida do nome do transtorno (i.e., transtorno neurocognitivo maior induzido por [substância específica], ou transtorno neurocognitivo leve induzido por [substância específica]), seguido do tipo, no caso do álcool (i.e., tipo não amnéstico/confabulatório, tipo amnéstico/confabulatório), seguido da especificação da duração (i.e., persistente). Por exemplo, no caso de sintomas amnésticos/confabulatórios persistentes em homem com transtorno grave por uso de álcool, o diagnóstico é F10.26 transtorno grave por uso de álcool, com transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnéstico/confabulatório, persistente. Não é feito um diagnóstico separado de transtorno grave por uso de álcool. Se ocorre o transtorno neurocognitivo induzido por substância sem um transtorno comórbido por uso de substância (p. ex., após uso esporádico e pesado de inalantes), não é anotado transtorno adicional por uso de substância (p. ex., F18.988 transtorno neurocognitivo leve induzido por inalante).

Características Diagnósticas

Transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento é caracterizado por prejuízos neurocognitivos que persistem além da duração habitual de uma intoxicação e de abstinência aguda (Critério B). Inicialmente, essas manifestações podem refletir uma recuperação lenta das funções cerebrais de um período de uso prolongado de substância, podendo ser observadas melhoras nos indicadores neurocognitivos e de imagens cerebrais durante vários meses. Se o transtorno continuar por período prolongado, deve ser especificado "persistente". A substância em questão e seu uso devem ser sabidamente capazes de causar os prejuízos observados (Critério C). Enquanto pode ocorrer decréscimo não específico em uma gama de habilidades cognitivas com quase todas as substância de abuso e uma variedade de medicamentos, em determinadas classes de substâncias ocorrem alguns padrões com maior frequência. Por exemplo, TNC devido a substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas (p. ex., benzodiazepínicos, barbitúricos) pode apresentar mais perturbações na memória do que em outras funções cognitivas; TNC induzido por álcool costuma se manifestar com uma combinação de prejuízos na função executiva e no domínio da memória e da aprendizagem. O curso temporal do TNC induzido por substância deve ser consistente com o de uso da referida substância (Critério D). No TNC amnéstico confabulatório, induzido por álcool (de Korsakoff), as características incluem amnésia proeminente (dificuldade grave de aprendizagem de novas informações, com esquecimento rápido) e tendência a confabulação. Essas manifestações podem ser concomitantes com sinais de encefalopatia por tiamina (encefalopatia de Wernicke) com características associadas, tais como nistagmo e ataxia. A oftalmoplegia da encefalopatia de Wernicke costuma caracterizar-se por paralisia lateral do olhar.

Além dos sintomas neurocognitivos mais comuns, e independentemente deles, relacionados a uso da substância (p. ex., dificuldades para aprender e memorizar, função executiva), o uso de metanfetamina pode ser também associado a evidências de lesão vascular (p. ex., fraqueza focal, falta de coordenação unilateral, reflexos assimétricos). O perfil neurocognitivo mais comum aproxima-se daquele encontrado no TNC vascular.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O TNC de duração intermediária induzido por substância com efeitos depressivos do sistema nervoso central pode se manifestar com mais sintomas de aumento da irritabilidade, ansiedade, perturbação do sono e disforia. O TNC de duração intermediária induzido por fármacos estimulantes pode se manifestar com depressão de rebote, hipersonia e apatia. Nas formas graves de TNC maior induzido por substância/medicamento (p. ex., associado a uso prolongado de álcool), pode haver características neuromotoras destacadas, como falta de coordenação, ataxia e desaceleração motora. Pode, ainda, ocorrer perda de controle emocional, inclusive afeto agressivo ou inapropriado, ou apatia.

Prevalência

A prevalência dessas condições não é conhecida. Existem dados relativos a abuso de substância, sendo que TNCs maiores ou leves induzidos por substância/medicamento são mais prováveis em indivíduos mais velhos, com mais tempo de uso e outros fatores de risco, como déficits nutricionais.

No abuso de álcool, a taxa de TNC leve, com duração intermediária, é de cerca de 30 a 40% nos dois primeiros meses de abstinência. O TNC leve pode persistir, em especial naqueles indivíduos que não atingem abstinência estável depois dos 50 anos de idade. O TNC maior é raro e pode ser consequência de déficits nutricionais concomitantes, como no TNC amnéstico confabulatório, induzido por álcool.

O TNC leve induzido por substância/medicamento, com duração intermediária, pode ocorrer em um terço ou mais dos indivíduos que abandonam a cocaína, a metanfetamina, os opioides, a fenciclidina, os sedativos, os hipnóticos ou os ansiolíticos, existindo algumas evidências de que essas substâncias podem ainda estar associadas a TNC leve persistente. O TNC maior associado a essas substâncias é raro, se é que ocorre. No caso da metanfetamina, pode também ocorrer doença cerebrovascular, resultando em lesão cerebral difusa ou focal, que pode alcançar níveis neurocognitivos leves ou maiores. Exposição a solventes está associada a TNC maior ou leve, de duração intermediária e persistente.

A presença de TNC induzido por *Cannabis* e vários alucinógenos é controversa. Com a *Cannabis*, a intoxicação vem com várias perturbações neurocognitivas, mas elas tendem a desaparecer com a abstinência.

Desenvolvimento e Curso

Os transtornos por uso de substância tendem a começar durante a adolescência, com pico entre os 20 e os 30 anos. Embora uma história mais longa de transtorno grave por uso de substância esteja associada a maior probabilidade de TNC, as relações não são diretas, com recuperação substancial e até completa das funções neurocognitivas sendo comum entre pessoas que conseguem uma abstinência estável antes dos 50 anos de idade. O TNC maior ou leve induzido por substância/medicamento tem maior probabilidade de ser persistente em indivíduos que continuam a abusar de substâncias após os 50 anos, possivelmente devido a uma combinação de plasticidade neuronal diminuída e início de outras mudanças cerebrais relativas ao envelhecimento. Um início precoce de abuso, especialmente de álcool, pode levar a defeitos no desenvolvimento neuronal posterior (p. ex., estágios posteriores de maturação dos circuitos frontais), que podem causar efeitos na cognição social e em outras capacidades neurocognitivas. No TNC induzido por álcool, pode ocorrer um efeito aditivo do envelhecimento e lesão cerebral induzida por álcool.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os fatores de risco de TNCs induzidos por substância/medicamento incluem idade, uso prolongado e persistente além dos 50 anos. Além disso, no caso do transtorno induzido por álcool, deficiências nutricionais prolongadas, doença hepática, fatores de risco vascular e doença cardiovascular e cerebrovascular podem contribuir para o risco.

Marcadores Diagnósticos

Imagem por ressonância magnética de indivíduos com abuso crônico do álcool costuma revelar afinamento cortical, perda de substância branca e aumento de sulcos e ventrículos. Ao mesmo tempo que anormalidades em imagens neurológicas são mais comuns naqueles com TNCs, é possível observar esses transtornos sem essas anormalidades, e vice-versa. Técnicas especializadas (p. ex., imagem com tensor de difusão) podem revelar dano a tratos específicos de substância branca. A espectroscopia por ressonância magnética pode revelar redução no *N*-acetilaspartato e aumento nos marcadores de inflamação (p. ex., mioinositol) ou lesão na substância branca (p. ex., colina). Muitas dessas mudanças nas imagens do cérebro e manifestações neurocognitivas têm reversão após abstinência exitosa. Em pessoas com transtorno por uso de metanfetamina, a ressonância magnética pode também revelar hiperintensidades sugestivas de micro-hemorragias ou áreas maiores infartadas.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento

As consequências funcionais de TNC leve induzido por substância/medicamento ficam, por vezes, aumentadas devido à eficiência cognitiva reduzida e à dificuldade de concentrar-se além daquela que se dá em muitos outros TNCs. Além disso, nos níveis maior e leve, esses transtornos induzidos por substância/medicamento podem estar associados a síndromes motoras, que aumentam o nível de prejuízo funcional.

Diagnóstico Diferencial

Indivíduos com transtornos por uso de substância, intoxicação por substância e abstinência de substância correm risco maior de outras condições que podem, independentemente ou por efeito cumulativo, resultar em perturbação neurocognitiva. Estas incluem história de lesão cerebral traumática e infecções capazes de acompanhar transtorno por uso de substância (p. ex., HIV, hepatite C, sífilis). Assim, a presença de TNC maior ou leve induzido por substância/medicamento deve ser diferenciada dos TNCs que surgem no contexto de uso de substância, intoxicação e abstinência, bem como das condições que os acompanham (p. ex., lesão cerebral traumática).

Comorbidade

Transtornos por uso de substância, intoxicação por substância e abstinência de substância são altamente comórbidos com outros transtornos mentais. Transtorno comórbido de estresse pós-traumático, transtornos psicóticos, transtornos depressivo e bipolar e transtornos do neurodesenvolvimento podem contribuir para prejuízo neurocognitivo em usuários de substância. Lesão cerebral traumática ocorre com mais frequência com uso de substância, complicando as tentativas de determinar a etiologia de um TNC nesses casos. Transtorno grave por uso prolongado de álcool pode estar associado a alguma doença de um sistema orgânico principal, inclusive doença cerebrovascular e cirrose. O TNC induzido por anfetamina pode estar acompanhado de TNC vascular maior ou leve, também secundário a uso de anfetamina.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Infecção por HIV

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios diagnósticos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há infecção documentada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
C. O transtorno neurocognitivo não é mais bem explicado por condições não HIV, incluindo doenças cerebrais secundárias, como leucoencefalopatia multifocal progressiva ou meningite criptocócica.
D. O transtorno neurocognitivo não é passível de atribuição a outra condição médica e não é mais bem explicado por um transtorno mental.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, com perturbação comportamental, codificar primeiro **042 (B20)** infecção por HIV, seguida de **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, com perturbação comportamental. Para transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **042 (B20)** infecção por HIV, seguida de **294.10 (F02.80)** transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, sem perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a infecção por HIV, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional de infecção por HIV. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

A doença do HIV é causada por infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1), adquirido por meio de exposição a fluidos corporais de uma pessoa infectada, por meio de uso de droga injetada, contato sexual sem proteção ou exposição acidental ou iatrogênica (p. ex., transfusão de sangue contaminado, lesão por punção com agulha em profissionais médicos). O HIV infecta vários tipos de células, mais especificamente, células imunológicas. Com o tempo, a infecção pode causar depleção grave de linfócitos de *T-helper* (CD4), resultando em imunossupressão grave, frequentemente levando a infecções oportunistas e neoplasias. Essa forma avançada de HIV é denominada síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). O diagnóstico de HIV é confirmado por métodos laboratoriais estabelecidos, como o ensaio imunoadsorvente ligado à enzima para anticorpo HIV, com confirmação pelo Western blot e/ou por ensaios de reação em cadeia da polimerase para HIV.

Alguns indivíduos com infecção pelo HIV desenvolvem um TNC que costuma evidenciar um "padrão subcortical" com função executiva destacadamente prejudicada, desaceleração da velocidade de processamento, tarefas de atenção mais exigentes e dificuldade de aprender novas informações, mas com menos problemas para recordar informações aprendidas. No TNC maior, a desaceleração pode ser proeminente. Dificuldades linguísticas, como a afasia, são incomuns, embora reduções na fluência possam ser observadas. Processos patogênicos do HIV podem afetar qualquer parte do cérebro; assim, outros padrões são possíveis.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O TNC maior ou leve devido a infecção por HIV costuma ser mais prevalente em indivíduos com episódios anteriores de imunossupressão grave, altas cargas virais no líquido cerebrospinal e indicadores de doença do HIV avançada, como anemia e hipoalbuminemia. Indivíduos com TNC avançado podem ter características neuromotoras destacadas, como falta grave de coordenação, ataxia e desaceleração motora. Pode, ainda, haver perda de controle emocional, incluindo afeto agressivo ou inadequado ou apatia.

Prevalência

Dependendo do estágio da doença por HIV, por volta de um terço a mais da metade dos indivíduos por ele afetados apresentam, pelo menos, perturbação neurocognitiva leve, embora algumas dessas perturbações possam não atender à totalidade de critérios para um TNC leve. Estima-se que cerca de 25% dos indivíduos com HIV terão sinais e sintomas que atendem aos critérios para TNC leve, e menos de 5% atenderão os critérios para TNC maior.

Desenvolvimento e Curso

Um TNC devido a infecção por HIV pode ser resolvido, melhorado, ter piora lenta ou um curso oscilante. A progressão rápida para prejuízo neurocognitivo profundo é rara no contexto do tratamento antiviral combinado disponível em nossos dias; assim, uma mudança repentina no estado mental de um indivíduo com HIV pode levar a uma avaliação de outras causas médicas para a mudança cognitiva, inclusive infecções secundárias. Uma vez que infecções por HIV acometem principalmente as regiões subcorticais ao longo do curso da doença, incluindo a substância branca profunda, a progressão do transtorno segue um padrão "subcortical". Considerando que o HIV pode afetar uma variedade de regiões cerebrais, e a doença é capaz de percorrer muitas trajetórias diferentes, dependendo das comorbidades associadas e das consequências do HIV, o curso geral de um TNC por infecção por HIV apresenta heterogeneidade considerável. Um perfil neurocognitivo subcortical pode interagir com o envelhecimento durante o curso da vida, quando lentificação psicomotora e prejuízos motores, como marcha mais lenta, podem surgir em consequência de outras condições ligadas ao envelhecimento, de modo que a progressão geral pode parecer mais acentuada no período posterior de vida.

Em países desenvolvidos, a doença do HIV é, basicamente, uma condição de adultos, com aquisição via comportamentos de risco (p. ex., sexo sem proteção, uso de drogas injetáveis). Em países em desenvolvimento, especialmente na África subsaariana, onde testes de HIV e tratamentos antirretrovirais para gestantes não existem com facilidade, é comum a transmissão perinatal. O TNC nesses bebês e crianças pode se apresentar, essencialmente, como um atraso no neurodesenvolvimento. Indivíduos tratados para o HIV conseguem sobreviver até idades mais avançadas, portanto, os efeitos aditivos e interativos neurocognitivos do HIV e do envelhecimento, incluindo outros TNCs (p. ex., devido à doença de Alzheimer, devido à doença de Parkinson), são uma possibilidade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Fatores de risco e prognóstico de infecção por HIV. Fatores de risco de infecção por HIV incluem uso de drogas injetáveis, sexo sem proteção e suprimento de sangue sem proteção, além de outros fatores iatrogênicos.

Fatores de risco e prognóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a infecção por HIV. Paradoxalmente, TNC devido a infecção por HIV não apresentou declínio significativo com a chegada da terapia antirretroviral combinada, embora as formas mais graves (consistentes com o diagnóstico de TNC maior) tenham diminuído bastante. Os fatores contribuintes podem incluir controle inadequado do HIV no sistema nervoso central (SNC), evolução de cepas virais resistentes a fármacos, efeitos de inflamação sistêmica e cerebral crônica de longo tempo e efeitos de fatores comórbidos, tais como envelhecimento, abuso de drogas, história anterior de trauma ao SNC e infecções concomitantes, como a do vírus da hepatite C. Exposição crônica a fármacos antirretrovirais também envolve a possibilidade de neurotoxicidade, embora isso ainda não tenha sido definitivamente estabelecido.

Marcadores Diagnósticos

Exames séricos do HIV são exigência para o diagnóstico. Além disso, a caracterização do HIV do líquido cerebrospinal pode ajudar se revelar uma carga viral desproporcionalmente elevada no

líquido cerebrospinal em relação ao plasma. Imagem neurológica (i.e., por ressonância magnética [IRM]) pode revelar redução do volume cerebral total, afinamento cortical, redução no volume de substância branca e áreas manchadas de substância branca anormal (hiperintensidades), e IRM ou perfuração lombar podem ajudar a excluir uma condição médica específica, como infecção por criptococo ou encefalite por herpes, que pode contribuir para mudanças no sistema nervoso central no contexto da aids. Técnicas especializadas, como imagem com tensor de difusão, podem revelar dano a tratos de substância branca específica.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Infecção por HIV

As consequências funcionais de TNC maior ou leve devido a infecção por HIV variam entre os indivíduos. Assim, capacidades executivas prejudicadas e processamento de informações desacelerado podem interferir de forma substancial nas decisões complexas sobre o controle da doença, necessárias à adesão ao regime terapêutico antirretroviral combinado. A probabilidade de doença comórbida pode criar mais desafios funcionais.

Diagnóstico Diferencial

Na presença de comorbidades, como outras infecções (p. ex., vírus da hepatite C, sífilis), abuso de drogas (p. ex., abuso de metanfetamina), lesão anterior na cabeça ou condições neurodesenvolvimentais, pode ser diagnosticado TNC maior ou leve devido a infecção por HIV, desde que existam evidências de que essa infecção tenha piorado quaisquer TNCs devidos a essas condições preexistentes ou comórbidas. Entre idosos, o aparecimento de declínio neurocognitivo relacionado a doença cerebrovascular ou neurodegeneração (p. ex., TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer) pode ter de ser diferenciado. Geralmente, estado neurocognitivo estável, oscilante (sem progressão) ou em melhora favoreceria uma etiologia do HIV, ao passo que deterioração consistente ou gradual sugeriria etiologia neurodegenerativa ou vascular. Uma vez que a imunodeficiência mais grave pode resultar em infecções oportunistas do cérebro (p. ex., toxoplasmose, criptococose) e neoplasia (p. ex., linfoma do SNC), o surgimento repentino de um TNC ou sua piora repentina exige uma investigação ativa de etiologias não HIV.

Comorbidade

Doença por HIV é acompanhada por neuroinflamação ou inflamação sistêmica crônica, que pode estar associada a doença cerebrovascular e síndrome metabólica. Essas complicações podem ser parte da patogênese de TNC maior ou leve devido a infecção por HIV. O HIV frequentemente é comórbido com condições como transtorno relacionado ao uso de substâncias, quando a substância é injetável, e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença do Príon

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há surgimento insidioso, sendo comum a progressão rápida de prejuízos.
C. Há aspectos motores de doença do príon, como mioclonia ou ataxia, ou evidência de biomarcadores.
D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica, não sendo mais bem explicado por outro transtorno mental.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, com perturbação comportamental, codificar primeiro **046.79 (A81.9)** doença do príon, seguida de **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, com perturbação comportamental. Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **046.79 (A81.9)** doença do príon, seguida de **294.10 (F02.80)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, sem perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença do príon, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para a doença do príon. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

A classificação de transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença do príon inclui TNCs devidos a um grupo de encefalopatias espongiformes subagudas (incluindo doença de Creutzfeldt-Jakob, a variante da doença de Creutzfeldt-Jakob, kuru, síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker e insônia fatal), causadas por agentes transmissíveis conhecidos como *príons.* O tipo mais comum é a doença esporádica de Creutzfeldt-Jakob, normalmente chamada de doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ). A variante da DCJ é muito mais rara, associada à transmissão da encefalopatia espongiforme bovina, também conhecida como "doença da vaca louca". Normalmente, pessoas com DCJ apresentam déficits neurocognitivos e movimentos anormais, como mioclonia, coreia ou distonia; reflexo do sobressalto (*startle reflex*) também é comum. A história costuma revelar progressão rápida para TNC maior em pelo menos seis meses; assim, o transtorno é normalmente encontrado apenas no nível maior. Porém, muitos indivíduos com a variante DCJ podem apresentar maior preponderância de sintomas psiquiátricos, caracterizados por humor baixo, retraimento e ansiedade. A doença do príon não costuma ser diagnosticada sem, no mínimo, um biomarcador característico: lesões reconhecidas em imagem por ressonância magnética com DWI (*diffusion-weighted imaging*), ou FLAIR (*fluid-attenuated inversion recovery*), tau ou proteína 14-3-3 no líquido cerebrospinal, ondas trifásicas características no encefalograma ou, nas formas familiares raras, história familiar ou teste genético.

Prevalência

A incidência anual de DCJ esporádica é de cerca de 1 ou 2 casos por milhão de pessoas. A prevalência é desconhecida, mas muito reduzida, considerada a curta sobrevida.

Desenvolvimento e Curso

A doença do príon pode se desenvolver em qualquer idade nos adultos – a idade pico para DCJ esporádica fica por volta de 67 anos – embora tenha ocorrência relatada em adolescentes ou em pessoas no período final de vida. Sintomas prodrômicos da doença do príon podem incluir fadiga, ansiedade, problemas com apetite ou sono ou dificuldades de concentração. Após várias semanas, esses sintomas podem ser seguidos de falta de coordenação, visão alterada ou marcha ou outros movimentos anormais, que podem ser mioclônicos, coreoatetoides ou balísticos, além de demência de rápida progressão. A doença normalmente progride com muita rapidez até o nível maior de prejuízo, ao longo de vários meses. Mais raramente, pode evoluir durante dois anos e parecer similar, no curso, a outros TNCs.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Foi demonstrada transmissão cruzada entre espécies de infecções pelo príon, com agentes intimamente relacionados à forma humana (p. ex., o surto de encefalopatia espongiforme bovina induzindo a variante da DCJ no Reino Unido durante a metade da década de 1990). Transmissão por transplante de córnea e por injeção do fator do crescimento humano está documentada, com casos relatados de transmissão a profissionais da saúde.

Genéticos e fisiológicos. Existe um componente genético em até 15% dos casos, associado a uma mutação autossômica dominante.

Marcadores Diagnósticos

A doença do príon pode ser definitivamente confirmada somente por biópsia ou necropsia. Embora não existam achados distintivos em análise do líquido cerebrospinal nas doenças do príon, biomarcadores confiáveis estão sendo desenvolvidos e incluem a proteína 14-3-3 (especialmente para DCJ esporádica) e a proteína tau. Imagem do cérebro por ressonância magnética está, atualmente, sendo considerado o teste diagnóstico mais sensível, quando realizada com DWI, com o achado mais comum sendo hiperintensidades de substância cinzenta focal em regiões subcorticais e corticais. Em certos indivíduos, o eletrencefalograma revela descargas rápidas periódicas, normalmente trifásicas e sincrônicas, a uma velocidade de 0,5 a 2 Hz, em algum momento durante o curso da doença.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos neurocognitivos maiores. Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon pode parecer similar, no curso, a outros TNCs; as doenças do príon, porém, costumam ser diferenciadas pela progressão rápida e por sintomas cerebelares e motores destacados.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Parkinson

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. A perturbação ocorre no cenário da doença de Parkinson estabelecida.
C. Há surgimento insidioso e progressão gradual do prejuízo.
D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica, não sendo mais bem explicado por outro transtorno mental.

Transtorno neurocognitivo maior ou leve provavelmente devido à doença de Parkinson deve ser diagnosticado se tanto 1 quanto 2 forem atendidos. **Transtorno neurocognitivo maior ou leve possivelmente devido à doença de Parkinson** deve ser diagnosticado se 1 ou 2 é encontrado:

1. Não há evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica possivelmente contribuindo para o declínio cognitivo).
2. A doença de Parkinson claramente antecede o aparecimento do transtorno neurocognitivo.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, com perturbação comportamental, codificar primeiro **332.0 (G20)** doença de Parkinson, seguida de **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, com perturbação comportamental. Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, sem perturbação comportamental, codificar primeiro **332.0 (G20)** doença de Parkinson, seguida de **294.10 (F02.80)** transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, sem perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson, codificar **331.9 (G31.9)** transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para doença de Parkinson. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora ainda deva ser indicada por escrito.)

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para doença de Parkinson. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson é um declínio cognitivo que segue o aparecimento da doença de Parkinson. A perturbação deve ocorrer no contexto da doença de Parkinson estabelecida (Critério B), com os déficits tendo desenvolvimento gradual (Critério C). O transtorno é entendido como *provavelmente* devido à doença de Parkinson quando não há evidências de outro transtorno que pode estar contribuindo para o TNC e quando a doença de Parkinson claramente precede o aparecimento do TNC. O TNC é considerado *possivelmente* devido à doença de Parkinson *tanto* se não há evidências de outro transtorno que possa estar contribuindo para o declínio cognitivo *como* quando a doença de Parkinson antecede o surgimento do TNC, mas não ambas as situações.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Características frequentemente presentes incluem apatia, humor deprimido, humor ansioso, alucinações, delírios, mudanças da personalidade, transtorno comportamental do sono com movimento rápido dos olhos e sonolência excessiva durante o dia.

Prevalência

A prevalência da doença de Parkinson nos Estados Unidos aumenta consistentemente com o envelhecimento, de cerca de 0,5% entre 65 e 69 anos até 3% aos 85 anos ou mais. A doença de Parkinson é mais comum em indivíduos do sexo masculino do que nos do feminino. Entre as pessoas que apresentam a doença, até 75% desenvolvem um TNC maior em algum momento durante o curso. A prevalência de TNC leve na doença de Parkinson tem sido estimada em 27%.

Desenvolvimento e Curso

O aparecimento da doença de Parkinson costuma ocorrer entre a sexta e a nona década de vida, com expressão maior no começo da década dos 60 anos. O TNC leve costuma desenvolver-se relativamente cedo no curso da doença de Parkinson, ao passo que prejuízos maiores normalmente ocorrem apenas mais tarde.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. Os fatores de risco para a doença de Parkinson incluem exposição a herbicidas e pesticidas.

Genéticos e fisiológicos. Fatores de risco potenciais para TNC entre pessoas com a doença de Parkinson incluem idade mais velha no surgimento e duração aumentada da doença.

Marcadores Diagnósticos

Testes neuropsicológicos, com foco naqueles que não dependem da função motora, são fundamentais na detecção dos déficits cognitivos centrais, em especial na fase leve do TNC. Neuroimagem estrutural e do transportador de dopamina, como *DaT scans*, pode diferenciar as demências relacionadas aos corpos de Lewy (Parkinson e demência com corpos de Lewy) daquelas não relacionadas (p. ex., doença de Alzheimer), podendo, por vezes, ser útil na avaliação de TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy. Essa distinção baseia-se muito no momento certo e na sequência dos sintomas cognitivos e motores. Para o TNC ser atribuído à

doença de Parkinson, os sintomas motores e outros sintomas dessa doença devem estar presentes bem antes (por convenção, no mínimo um ano antes) de o declínio cognitivo ter alcançado o nível de TNC maior, ao passo que no TNC maior ou leve com corpos de Lewy os sintomas cognitivos começam logo antes ou são concomitantes aos sintomas motores. Para TNC leve, o momento certo é de difícil estabelecimento, porque o próprio diagnóstico é menos claro e os dois transtornos existem em um *continuum*. A não ser que a doença de Parkinson tenha sido estabelecida algum tempo antes do surgimento do declínio cognitivo ou as características típicas do TNC maior ou leve com corpos de Lewy estejam presentes, é preferível diagnosticar TNC leve não especificado.

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer. As características motoras são essenciais para a distinção entre TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson e TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer. Os dois transtornos podem, porém, ser concomitantes.

Transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve. O TNC vascular maior ou leve pode se apresentar com aspectos parkinsonianos, como lentificação psicomotora, que pode ocorrer como consequência de doença em pequeno vaso subcortical. As características parkinsonianas, no entanto, não costumam ser suficientes para um diagnóstico de doença de Parkinson, e o curso do TNC normalmente tem clara associação com mudanças cerebrovasculares.

Transtorno neurocognitivo devido a outra condição médica (p. ex., distúrbios neurodegenerativos). Quando considerado um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson, deve também ser feita uma distinção de outros distúrbios cerebrais, como paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, atrofia sistêmica múltipla, tumores e hidrocefalia.

Parkinsonismo induzido por neurolépticos. Pode ocorrer parkinsonismo induzido por neurolépticos em indivíduos com outros TNCs, particularmente quando fármacos bloqueadores da dopamina são prescritos para manifestações comportamentais desses transtornos.

Outras condições médicas. *Delirium* e TNCs devidos a efeitos secundários de fármacos bloqueadores da dopamina e outras condições médicas (p. ex., sedação ou cognição prejudicada, hipotireoidismo grave, deficiência de vitamina B_{12}) devem ser também descartados.

Comorbidade

A doença de Parkinson pode coexistir com doença de Alzheimer e doença cerebrovascular, especialmente em idosos. O conjunto de características patológicas múltiplas pode diminuir as capacidades funcionais de pessoas com Parkinson. Sintomas motores e comorbidade frequente com depressão ou apatia podem piorar o prejuízo funcional.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Huntington

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há surgimento insidioso e progressão gradual.
C. Há a doença de Huntington clinicamente estabelecida ou o risco dessa doença com base na história familiar ou em teste genético.
D. O transtorno neurocognitivo não pode ser atribuído a outra condição médica e não é mais bem explicado por outro transtorno mental.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, com perturbação comportamental, codificar primeiro **333.4 (G10)** doença de Huntington, seguida de **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, com perturbação comportamental. Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, sem perturbação com-

portamental, codificar primeiro **333.4 (G10)** doença de Huntington, seguida de **294.10 (F02.80)** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, sem perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Huntington, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *Não* usar o código adicional para doença de Huntington. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

Prejuízo cognitivo progressivo é uma característica central da doença de Huntington, com mudanças precoces na função executiva (i.e., velocidade de processamento, organização e planejamento) em vez de na memória e aprendizagem. Mudanças cognitivas e comportamentais associadas costumam anteceder o aparecimento das anormalidades motoras típicas de bradicinesia (i.e., lentificação dos movimentos voluntários) e coreia (i.e., movimentos involuntários desorganizados). Um diagnóstico definitivo de doença de Huntington é feito na presença de anormalidades motoras extrapiramidais inequívocas em um indivíduo com história familiar de doença de Huntington ou testagem molecular que demonstre expansão de repetição do trinucleotídeo CAG, no gene *HTT*, localizado no cromossoma 4.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Depressão, irritabilidade, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos e apatia estão, com frequência, associados à doença de Huntington, sendo que essa associação é mais rara em se tratando de psicose; tais sintomas costumam anteceder o aparecimento dos sintomas motores.

Prevalência

Déficits neurocognitivos são uma consequência eventual da doença de Huntington; a prevalência mundial é calculada em 2,7 a cada 100.000. Na América do Norte, na Europa e na Austrália, é de 5,7 a cada 100.000, com uma prevalência muito menor, de 0,40 a cada 100.000, na Ásia.

Desenvolvimento e Curso

A média de idade ao ser diagnosticada a doença de Huntington situa-se por volta dos 40 anos, ainda que haja grandes variações. A idade no aparecimento tem correlação inversa com o comprimento de expansão CAG. Doença de Huntington juvenil (início antes dos 20 anos) pode se apresentar mais comumente com bradicinesia, distonia e rigidez do que com movimentos coreicos, característicos do transtorno de surgimento na vida adulta. A doença é gradativamente progressiva, com sobrevida média de cerca de 15 anos após o diagnóstico de sintomas motores.

A expressão fenotípica da doença de Huntington varia devido à presença de sintomas motores, cognitivos e psiquiátricos. As anormalidades psiquiátricas e cognitivas podem anteceder a anormalidade motora em, no mínimo, 15 anos. Os primeiros sintomas que demandam cuidados costumam incluir irritabilidade, ansiedade ou humor deprimido. Outras perturbações comportamentais podem incluir apatia pronunciada, desinibição, impulsividade e percepção prejudicada, com a apatia comumente progredindo com o tempo. Sintomas precoces de movimento podem envolver o aparecimento de inquietação das extremidades, além de *apraxia* leve (i.e., dificuldade com movimentos com um propósito), especialmente com tarefas de motricidade fina. Com a progressão do transtorno, outros problemas motores incluem marcha prejudicada (*ataxia*) e instabilidade postural. O prejuízo motor acaba por afetar a produção da fala (*disartria*), a tal ponto que ela fica de difícil compreensão, o que pode resultar em sofrimento significativo, em consequência da barreira na comunicação no contexto de uma cognição comparativamente intacta. A doença motora avançada afeta muito a marcha, com ataxia progressiva. Por fim, os indivíduos não conseguem deambular. A doença motora no estágio terminal prejudica o controle motor para comer e deglutir, em geral um elemento que pode colaborar de forma importante para a morte do indivíduo, decorrente de pneumonia por aspiração.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. A base genética da doença de Huntington é uma expansão autossômica dominante com penetrância completa do trinucleotídeo CAG, comumente chamada de repetições CAG no gene da huntingtina. Uma repetição de 36 ou mais CAGs está, invariavelmente, associada à doença de Huntington, com repetições mais longas associadas a idades de início dos sintomas mais precoces.*

Marcadores Diagnósticos

A testagem genética é o exame laboratorial primário para a determinação da doença de Huntington, que é um transtorno autossômico dominante com penetrância completa. É observado que o trinucleotídeo CAG tem uma expansão da repetição no gene que codifica a proteína huntingtina no cromossoma 4. Não é feito um diagnóstico da doença de Huntington na presença apenas da expansão do gene; o diagnóstico é feito somente após a manifestação dos sintomas. Alguns indivíduos com história familiar positiva necessitam de testes genéticos em um estágio pré-sintomático. As características associadas podem, ainda, incluir mudanças em neuroimagens; perda volumétrica nos gânglios basais, especialmente no núcleo caudal e no putame, é de ocorrência bastante conhecida, com progressão durante o curso da doença. Outras mudanças estruturais e funcionais foram observadas em imagens do cérebro, embora permaneçam medidas de pesquisas.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Huntington

Na fase prodrômica da doença, e logo após o diagnóstico, o declínio profissional é mais comum, com a maior parte dos indivíduos relatando certa perda da capacidade de envolvimento no trabalho. Os aspectos emocional, comportamental e cognitivo da doença de Huntington, como desinibição e mudanças de personalidade, estão altamente associados ao declínio funcional. Déficits cognitivos, que contribuem eminentemente para declínio funcional, podem incluir velocidade de processamento, iniciação e atenção em vez de prejuízo da memória. Considerando que o surgimento da doença de Huntington ocorre nos anos produtivos da vida, pode haver um efeito bastante disruptivo no desempenho profissional, bem como na vida social e familiar. A progressão da doença, a incapacidade em decorrência de problemas como marcha prejudicada, a disartria e os comportamentos impulsivos ou irritáveis podem aumentar substancialmente o nível do prejuízo e das necessidades diárias de cuidado para além das demandas atribuíveis ao declínio cognitivo. Movimentos coreicos graves podem interferir sobremaneira no autocuidado, como tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais. Os primeiros sintomas da doença de Huntington podem incluir humor instável, irritabilidade ou comportamentos compulsivos, que podem sugerir outro transtorno mental. Exames genéticos ou o aparecimento de sintomas motores, no entanto, diferenciarão a presença da doença de Huntington.

Outros transtornos neurocognitivos. Os sintomas iniciais da doença de Huntington, especialmente sintomas de disfunção executiva e velocidade psicomotora prejudicada, podem assemelhar-se a outros transtornos neurocognitivos, como TNC vascular maior ou leve.

Outros transtornos do movimento. A doença de Huntington deve, ainda, ser diferenciada de outros transtornos ou condições associadas a coreia, como a doença de Wilson, a discinesia tardia

* N. de T.: Alelos entre 36 e 39 repetições CAGs no gene HTT apresentam penetrância incompleta, sendo a penetrância completa apenas para alelos com 40 ou mais repetições.

induzida por substância, a coreia de Sydenham, o lúpus eritematoso sistêmico ou a coreia senil. Raramente, os indivíduos podem apresentar um curso similar ao da doença de Huntington, mas sem testes genéticos positivos; isso é considerado uma fenocópia da doença de Huntington que resulta de uma variedade de fatores genéticos potenciais.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o transtorno neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de outra condição médica.
C. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental ou outro transtorno neurocognitivo específico (p. ex., doença de Alzheimer, infecção por HIV).

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, com perturbação comportamental, codificar primeiro a outra condição médica, seguida do transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, com perturbação comportamental (p. ex., 340 [G35] esclerose múltipla, **294.11 [F02.81]** transtorno neurocognitivo maior devido a esclerose múltipla, com perturbação comportamental). Para transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, sem perturbação comportamental, codificar primeiro a outra condição médica, seguida do transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, sem perturbação comportamental (p. ex., 340 [G35] esclerose múltipla, **294.10 [F02.80]** transtorno neurocognitivo maior devido a esclerose múltipla, sem perturbação comportamental).

Para transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar o código adicional para outra condição médica. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Características Diagnósticas

Muitas outras condições médicas podem causar transtornos neurocognitivos. Incluem-se lesões estruturais (p. ex., tumores cerebrais primários ou secundários, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão lentamente progressiva ou normal), hipoxia relacionada a hipoperfusão decorrente de insuficiência cardíaca, condições endócrinas (p. ex., hipotireoidismo, hipercalcemia, hipoglicemia), condições nutricionais (p. ex., deficiências de tiamina ou niacina), outras condições infecciosas (p. ex., neurossífilis, criptococose), distúrbios imunológicos (p. ex., arterite temporal, lúpus eritematoso sistêmico), insuficiência renal ou hepática, condições metabólicas (p. ex., doença de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática, outras doenças de armazenamento da vida adulta e infantil) e outras condições neurológicas (p. ex., epilepsia, esclerose múltipla). Causas incomuns de lesão no sistema nervoso central, como choque elétrico ou radiação intracraniana, costumam ficar evidentes a partir da história. A associação temporal entre o aparecimento ou a exacerbação da condição médica e o desenvolvimento do déficit cognitivo constitui a maior evidência no sentido de que o TNC é induzido pela condição médica. A certeza diagnóstica quanto a essa relação pode aumentar se os déficits neurocognitivos apresentarem melhora parcial ou estabilização no contexto do tratamento da condição médica.

Desenvolvimento e Curso

Em geral, o curso de um TNC evolui de maneira compatível à progressão da doença médica subjacente. Nas circunstâncias em que o problema médico é tratável (p. ex., hipotireoidismo), o déficit neurocognitivo pode melhorar ou, no mínimo, não evoluir. Quando a condição médica

tem um curso deteriorante (p. ex., esclerose múltipla progressiva secundária), os déficits neurocognitivos evoluirão em conjunto com o curso temporal da doença.

Marcadores Diagnósticos

Exame físico, achados laboratoriais e outras características clínicas dependem da natureza e da gravidade da condição médica.

Diagnóstico Diferencial

Outro transtorno neurocognitivo maior ou leve. A presença de uma condição médica à qual podem ser imputados os sintomas não exclui completamente a possibilidade de outro TNC maior ou leve. Se os déficits cognitivos persistirem após tratamento exitoso de uma condição médica associada, outra etiologia pode, então, ser responsável pelo declínio cognitivo.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Múltiplas Etiologias

Critérios Diagnósticos

A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
B. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o transtorno neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de mais de um processo etiológico, excluindo-se substâncias (p. ex., transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer, com desenvolvimento subsequente de transtorno neurocognitivo vascular).
   Nota: Consultar os critérios diagnósticos para os vários transtornos neurocognitivos devidos a condições médicas específicas em busca de orientação quanto ao estabelecimento dessas etiologias.
C. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental e não ocorrem exclusivamente durante o curso de *delirium.*

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, com perturbação comportamental, codificar **294.11 (F02.81)**; para transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, sem perturbação comportamental, codificar **294.10 (F02.80)**. Todas as condições médicas etiológicas (exceto doença vascular) devem ser codificadas e listadas em separado imediatamente antes do transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias (p. ex., **331.0 [G30.9]** doença de Alzheimer; **331.82 [G31.83]** doença com corpos de Lewy, **294.11[F02.81]** transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, com perturbação comportamental).

Quando uma etiologia cerebrovascular está contribuindo para o transtorno neurocognitivo, o diagnóstico de transtorno neurocognitivo vascular deve ser listado, além de transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias. Por exemplo, para uma apresentação de transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e doença vascular, com perturbação comportamental, codificar **331.0 (G30.9)** doença de Alzheimer; **294.11 (F02.81)** transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, com perturbação comportamental; **290.40 (F01.51)** transtorno neurocognitivo vascular maior, com perturbação comportamental.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota**: *Não* usar os códigos adicionais para as etiologias. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Esta categoria está inclusa na apresentação clínica de um transtorno neurocognitivo para a qual há evidências de provável participação de múltiplas condições médicas no desenvolvimento do TNC. Além de evidências indicativas da presença de múltiplas condições médicas reconhecidamente causadoras de TNC (i.e., achados a partir da história, do exame físico e laboratoriais), pode ajudar uma consulta aos critérios diagnósticos e a textos para as várias etiologias médicas (p. ex., transtorno neurocognitivo devido à doença de Parkinson), em busca de mais informações para o estabelecimento de uma conexão etiológica para aquela condição médica em especial.

Transtorno Neurocognitivo Não Especificado

799.59 (R41.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno neurocognitivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos. A categoria transtorno neurocognitivo não especificado é usada nas situações em que não pode ser determinada com certeza suficiente a etiologia exata para que seja feita uma atribuição etiológica.

Nota para codificação: Para transtorno neurocognitivo maior ou leve não especificado, codificar **799.59 (R41.9)**. (**Nota**: *Não* usar códigos adicionais para quaisquer condições médicas etiológicas presumidas. Perturbação comportamental não pode ser codificada, embora deva ainda ser indicada por escrito.)

Página propositalmente deixada em branco

Transtornos da Personalidade

Este capítulo inicia-se com uma definição geral de transtorno da personalidade que se aplica a cada um dos 10 transtornos da personalidade específicos. Um *transtorno da personalidade* é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.

Em qualquer processo de revisão em curso, especialmente em um processo de tal complexidade, surgem diferentes pontos de vista, e fez-se um esforço para combinar todos. Assim, transtornos da personalidade são inclusos tanto na Seção II quanto na Seção III deste Manual. O material na Seção II representa uma atualização do texto associado aos mesmos critérios encontrados no DSM-IV-TR, ao passo que a Seção III inclui o modelo de pesquisa proposto para o diagnóstico e a conceitualização de transtorno da personalidade desenvolvido pelo Grupo de Trabalho da Personalidade e Transtornos da Personalidade do DSM-5. Visto que se trata de um campo que evolui, espera-se que as duas versões sirvam à prática clínica e às iniciativas de pesquisa, respectivamente.

Os seguintes transtornos da personalidade estão inclusos neste capítulo:

- **Transtorno da personalidade paranoide** é um padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.
- **Transtorno da personalidade esquizoide** é um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.
- **Transtorno da personalidade esquizotípica** é um padrão de desconforto agudo nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.
- **Transtorno da personalidade antissocial** é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.
- **Transtorno da personalidade *borderline*** é um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.
- **Transtorno da personalidade histriônica** é um padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.
- **Transtorno da personalidade narcisista** é um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.
- **Transtorno da personalidade evitativa** é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa.
- **Transtorno da personalidade dependente** é um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado.
- **Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva** é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- **Mudança de personalidade devido a outra condição médica** é uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (p. ex., lesão no lobo frontal).
- **Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado** são categorias utilizadas para duas situações: 1) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, estando presentes traços de vários transtornos da personalidade distintos, mas os critérios para qualquer um desses transtornos específicos não são preenchidos; ou 2) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, mas considera-se que ele tenha um transtorno da personalidade que não faz parte da classificação do DSM-5 (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem esquisitos ou excêntricos. O Grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos costumam parecem dramáticos, emotivos ou erráticos. O Grupo C inclui os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos com frequência parecem ansiosos ou medrosos. Deve-se observar que esse sistema de agrupamento, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado.

Além disso, é frequente as pessoas apresentarem transtornos da personalidade de grupos diferentes concomitantemente. Estimativas de prevalência para os diferentes grupos sugerem 5,7% para os transtornos do Grupo A, 1,5% para os do Grupo B e 6% para os do Grupo C, com 9,1% para qualquer transtorno da personalidade, indicando concomitância frequente de transtornos de grupos diferentes. Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem que cerca de 15% dos adultos dos Estados Unidos apresentam pelo menos um transtorno da personalidade.

Modelos Dimensionais para os Transtornos da Personalidade

A abordagem diagnóstica empregada neste Manual representa a perspectiva categórica de que os transtornos da personalidade são síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa a essa abordagem categórica é a perspectiva dimensional de que os transtornos da personalidade representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si. Ver a Seção III para uma descrição completa de um modelo dimensional para transtornos da personalidade. Os grupos de transtornos da personalidade do DSM-IV (i.e., esquisito-excêntrica, dramático-emotivo e ansioso-medroso) podem também ser entendidos como dimensões que representam um espectro de disfunção da personalidade dentro de um *continuum* com outros transtornos mentais. Os modelos dimensionais alternativos têm muito em comum e, juntos, parecem cobrir as áreas importantes de disfunção da personalidade. Sua integração, sua utilidade clínica e sua relação com as categorias diagnósticas de transtornos da personalidade e com vários aspectos de disfunção da personalidade estão sob investigação ativa.

Transtorno da Personalidade

Critérios

A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
   1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
   2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
   3. Funcionamento interpessoal.
   4. Controle de impulsos.

B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.

C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.

E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniencefálico).

Características Diagnósticas

Traços de personalidade são padrões persistentes de percepção, de relacionamento com e de pensamento sobre o ambiente e si mesmo que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Os traços de personalidade constituem transtornos da personalidade somente quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos. O aspecto essencial de um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e que se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (Critério A). Esse padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B), provocando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E) e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniencefálico) (Critério F). São descritos também critérios diagnósticos específicos para cada um dos transtornos da personalidade inclusos neste capítulo.

O diagnóstico de transtornos da personalidade exige avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo, e as características particulares da personalidade devem estar evidentes no começo da fase adulta. Os traços de personalidade que definem esses transtornos devem também ser diferenciados das características que surgem em resposta a estressores situacionais específicos ou estados mentais mais transitórios (p. ex., transtornos bipolar, depressivo ou de ansiedade; intoxicação por substância). O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diversas situações. Embora uma única entrevista com o indivíduo seja algumas vezes suficiente para fazer o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar mais de uma entrevista e espaçá-las ao longo do tempo. A avaliação pode ainda ser complicada pelo fato de que as características que definem um transtorno da personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (i.e., os traços são com frequência egossintônicos). Para ajudar a superar essa dificuldade, informações suplementares oferecidas por outros informantes podem ser úteis.

Desenvolvimento e Curso

As características de um transtorno da personalidade costumam se tornar reconhecíveis durante a adolescência ou no começo da vida adulta. Por definição, um transtorno da personalidade é um padrão persistente de pensamento, sentimento e comportamento que é relativamente estável ao longo do tempo. Alguns tipos de transtorno da personalidade (notadamente os transtornos da personalidade antissocial e *borderline*) tendem a ficar menos evidentes ou a desaparecer com o envelhecimento, o que parece não valer para alguns outros tipos (p. ex., transtornos da personalidade obsessivo-compulsiva e esquizotípica).

As categorias dos transtornos da personalidade podem ser aplicadas em crianças ou adolescentes naqueles casos relativamente raros em que os traços mal-adaptativos e particulares da personalidade do indivíduo parecem ser difusos, persistentes e pouco prováveis de serem limitados a um determinado estágio do desenvolvimento ou a outro transtorno mental específico. Deve-se reconhecer que os traços de um transtorno da personalidade que aparecem na infância com frequência não persistem sem mudanças na vida adulta. Para que um transtorno da personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos de idade, as características precisam ter estado presentes por pelo menos um ano. A única exceção é o transtorno da personalidade

antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos. Embora, por definição, um transtorno da personalidade exija um surgimento até o começo da vida adulta, as pessoas podem não buscar atendimento clínico até um período relativamente tardio na vida. Um transtorno da personalidade pode ser exacerbado após a perda de pessoas significativas (p. ex., cônjuge) ou de situações sociais previamente estabilizantes (p. ex., um emprego). Entretanto, o desenvolvimento de uma mudança na personalidade no meio da vida adulta ou mais tarde requer uma avaliação completa para determinar a possível presença de uma mudança de personalidade devido a outra condição médica ou a um transtorno por uso de substância não reconhecido.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Juízos acerca do funcionamento da personalidade devem levar em conta os antecedentes étnicos, culturais e sociais do indivíduo. Os transtornos da personalidade não devem ser confundidos com problemas associados à aculturação após imigração ou à expressão de hábitos, costumes ou valores religiosos e políticos professados pela cultura de origem do indivíduo. É útil para o clínico, especialmente ao avaliar alguém com origem diferente da sua, obter mais informações com pessoas que conheçam os antecedentes culturais do indivíduo.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Alguns transtornos da personalidade (p. ex., transtorno da personalidade antissocial) são diagnosticados com maior frequência em indivíduos do sexo masculino. Outros (p. ex., transtornos da personalidade *borderline*, histriônica e dependente) são diagnosticados mais frequentemente em indivíduos do sexo feminino. Embora essas diferenças na prevalência provavelmente reflitam diferenças reais de gênero quanto à presença de tais padrões, os clínicos devem ter cautela para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar alguns transtornos da personalidade em mulheres ou homens devido a estereótipos sociais acerca de papéis e comportamentos típicos de gênero.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais e traços de personalidade. Muitos dos critérios específicos para transtornos da personalidade descrevem aspectos (p. ex., desconfiança, dependência, insensibilidade) que também caracterizam episódios de outros transtornos mentais. Um transtorno da personalidade deve ser diagnosticado apenas quando as características definidoras tenham surgido antes do começo da vida adulta, sejam típicas do funcionamento de longo prazo do indivíduo e não ocorram exclusivamente durante um episódio de outro transtorno mental. Pode ser particularmente difícil (e não particularmente útil) distinguir transtornos da personalidade de transtornos mentais persistentes, como um transtorno depressivo persistente com início precoce e curso duradouro e relativamente estável. Alguns transtornos da personalidade podem ter uma relação de "espectro" com outros transtornos mentais (p. ex., transtorno da personalidade esquizotípica com esquizofrenia; transtorno da personalidade evitativa com transtorno de ansiedade social [fobia social]) com base em semelhanças fenomenológicas ou biológicas ou agregação familiar.

Transtornos da personalidade devem ser distinguidos de traços de personalidade que não atingem o limiar para um transtorno da personalidade. Traços de personalidade são diagnosticados como um transtorno da personalidade apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Transtornos psicóticos. Para os três transtornos da personalidade que podem ter relação com os transtornos psicóticos (i.e., paranoide, esquizoide e esquizotípica), existe um critério de exclusão que diz que o padrão comportamental não deve ter ocorrido exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico. Quando um indivíduo tem um transtorno mental persistente (p. ex., esquizofrenia) que foi precedido por um transtorno da personalidade preexistente, o transtorno da personalidade deve ser também registrado, seguido de "pré-mórbido" entre parênteses.

Transtornos de ansiedade e depressivo. O clínico deve ter cautela ao diagnosticar transtornos da personalidade durante um episódio de transtorno depressivo ou de ansiedade, visto que essas condições podem apresentar sintomas cruzados que imitam traços de personalidade e podem dificultar a avaliação retrospectiva dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo.

Transtorno de estresse pós-traumático. Quando mudanças de personalidade emergem e persistem após um indivíduo ser exposto a estresse extremo, um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático deve ser considerado.

Transtornos por uso de substância. Quando um indivíduo tem um transtorno por uso de substância, é importante não fazer um diagnóstico de transtorno da personalidade unicamente com base em comportamentos que sejam consequências de intoxicação ou abstinência da substância ou que estejam associados a atividades a serviço do uso continuado da substância (p. ex., comportamento antissocial).

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. Quando surgem mudanças persistentes de personalidade em consequência dos efeitos fisiológicos de outra condição médica (p. ex., tumor cerebral), um diagnóstico de mudança de personalidade em razão de outra condição médica deve ser considerado.

Transtornos da Personalidade do Grupo A

Transtorno da Personalidade Paranoide

Critérios Diagnósticos **301.0 (F60.0)**

A. Um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros, de modo que suas motivações são interpretadas como malévolas, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:
   1. Suspeita, sem embasamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por outros.
   2. Preocupa-se com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou da confiabilidade de amigos e sócios.
   3. Reluta em confiar nos outros devido a medo infundado de que as informações serão usadas maldosamente contra si.
   4. Percebe significados ocultos humilhantes ou ameaçadores em comentários ou eventos benignos.
   5. Guarda rancores de forma persistente (i.e., não perdoa insultos, injúrias ou desprezo).
   6. Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são percebidos pelos outros e reage com raiva ou contra-ataca rapidamente.
   7. Tem suspeitas recorrentes e injustificadas acerca da fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade paranoide (pré-mórbido)".

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade paranoide é um padrão de desconfiança e suspeita difusa dos outros a ponto de suas motivações serem interpretadas como malévolas. Esse padrão começa no início da vida adulta e está presente em contextos variados.

Indivíduos com esse transtorno creem que outras pessoas irão explorá-los, causar-lhes dano ou enganá-los, mesmo sem evidências que apoiem essa expectativa (Critério A1). Suspeitam, com base em pouca ou nenhuma evidência, de que outros estão tramando contra eles e podem atacá-los de repente, a qualquer momento e sem razão. Costumam achar que foram profunda e irreversivelmente maltratados por outra pessoa ou pessoas, mesmo na ausência de evidências objetivas para tal. São preocupados com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança de seus amigos e sócios, cujas ações são examinadas minuciosamente em busca de evidências de intenções hostis (Critério A2). Qualquer desvio percebido da confiança ou lealdade serve de apoio a seus pressupostos subjacentes. Ficam tão surpresos quando um amigo ou sócio demonstra lealdade que não conseguem confiar ou crer nisso. Quando envolvidos em problemas, esperam que amigos e sócios os ataquem ou ignorem.

Indivíduos com transtorno da personalidade paranoide relutam em confiar ou tornar-se íntimos de outros, pois temem que as informações que compartilham venham a ser usadas contra eles (Critério A3). Podem recusar responder a perguntas pessoais dizendo que tais informações "não são da conta de ninguém". Percebem significados ocultos desabonadores e ameaçadores em comentários ou eventos benignos (Critério A4). Por exemplo, um indivíduo com esse transtorno pode interpretar mal um erro honesto de um funcionário de uma loja como uma tentativa deliberada de dar troco a menos ou entender um comentário bem-humorado casual de um colega de trabalho como um ataque sério ao seu caráter. Elogios costumam ser mal interpretados (p. ex., um elogio por uma nova aquisição é mal interpretado como uma crítica de egoísmo; um elogio relativo a um feito é mal interpretado como uma tentativa de coerção a desempenho melhor). Podem entender uma oferta de ajuda como uma crítica por não estarem tendo desempenho suficientemente bom por conta própria.

Indivíduos com esse transtorno guardam rancores persistentemente e não se dispõem a perdoar insultos, injúrias ou menosprezo dos quais pensam ter sido alvo (Critério A5). Um leve desrespeito desperta grande hostilidade, sendo que os sentimentos hostis persistem por um bom tempo. Como são constantemente hipervigilantes em relação às intenções prejudiciais de outros, sentem, com frequência, que seu caráter ou reputação foram atacados e que foram de alguma forma desrespeitados. São rápidos no contra-ataque e reagem com raiva aos insultos percebidos (Critério A6). Indivíduos com esse transtorno podem ser patologicamente ciumentos, muitas vezes suspeitando de que o cônjuge ou parceiro sexual é infiel sem qualquer justificativa adequada (Critério A7). Podem reunir "evidências" triviais e circunstanciais que apoiem suas crenças de ciúme. Desejam manter controle total das relações íntimas para evitar serem traídos e podem constantemente questionar e desafiar o paradeiro, as ações, as intenções e a fidelidade do cônjuge ou parceiro.

O transtorno da personalidade paranoide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos ou outro transtorno psicótico ou se é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma condição neurológica (p. ex., epilepsia do lobo temporal) ou a outra condição médica (Critério B).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade paranoide são geralmente de difícil convivência e apresentam frequentes problemas nos relacionamentos íntimos. Sua desconfiança e hostilidade excessivas podem se expressar sob a forma de argumentações ostensivas, queixas recorrentes ou, ainda, indiferença calma e aparentemente hostil. Como são hipervigilantes em relação a ameaças potenciais, podem agir de maneira discreta, secreta ou indireta e parecer "frios" e sem sentimentos afetivos. Ainda que possam parecer objetivos, racionais e não emotivos, frequentemente demonstram labilidade afetiva, com predomínio de expressões hostis, inflexíveis e sarcásticas. Sua natureza combativa e desconfiada pode provocar uma resposta hostil em outras pessoas, a qual, então, serve para confirmar suas expectativas originais.

Visto que indivíduos com o transtorno carecem de confiança nos outros, apresentam necessidade excessiva de autossuficiência e forte senso de autonomia. Precisam, ainda, de elevado grau de controle sobre as pessoas ao seu redor. Frequentemente são rígidos, críticos em relação aos outros e

incapazes de trabalhar em conjunto, embora eles mesmos tenham grande dificuldade de aceitar críticas. Podem culpar os outros por suas próprias deficiências. Devido à rapidez no contra-ataque em resposta às ameaças que percebem ao seu redor, podem ser beligerantes e frequentemente se envolver em disputas judiciais. Indivíduos com esse transtorno buscam confirmar suas ideias negativas preconcebidas em relação às pessoas e às situações com as quais se deparam, atribuindo motivações malévolas aos outros, as quais são projeções dos próprios medos. Podem apresentar fantasias irreais e pouco disfarçadas de grandeza, estão frequentemente ligados a questões de poder e posição e tendem a desenvolver estereótipos negativos dos outros, em especial aqueles de grupos populacionais diferentes do seu. Atraídos por formulações simplistas do mundo, costumam se precaver de situações ambíguas. Podem ser vistos como "fanáticos" e formar "cultos" ou grupos muito unidos com outros indivíduos que compartilham seus sistemas paranoides de crença.

Especialmente em resposta ao estresse, indivíduos com esse transtorno podem apresentar episódios psicóticos breves (durando de minutos a horas). Em certos casos, o transtorno da personalidade paranoide pode surgir como o antecedente pré-mórbido de transtorno delirante ou esquizofrenia. Indivíduos com transtorno da personalidade paranoide podem desenvolver transtorno depressivo maior e podem estar sob risco aumentado de agorafobia e transtorno obsessivo-compulsivo. Transtornos por uso de álcool e outras substâncias ocorrem com frequência. Os transtornos da personalidade concomitantes mais comuns parecem ser: esquizotípica, esquizoide, narcisista, evitativa e *borderline*.

Prevalência

Uma estimativa de prevalência para personalidade paranoide baseada em uma subamostra de probabilidade da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication* sugere prevalência de 2,3%, enquanto dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* sugerem prevalência do transtorno de 4,4%.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da personalidade paranoide pode aparecer pela primeira vez na infância e adolescência por meio de solidão, relacionamento ruim com os colegas, ansiedade social, baixo rendimento escolar, hipersensibilidade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias idiossincrásicas. Essas crianças podem parecer "estranhas" ou "excêntricas" e atrair provocações. Em amostras clínicas, esse transtorno parece ser mais comumente diagnosticado no sexo masculino.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Existem algumas evidências de prevalência aumentada de transtorno da personalidade paranoide em parentes de probandos com esquizofrenia, além de evidências de uma relação familiar mais específica com transtorno delirante do tipo persecutório.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Alguns comportamentos que são influenciados por contextos socioculturais ou por circunstâncias específicas de vida podem ser erroneamente rotulados como paranoides e podem até ser intensificados pelo processo de avaliação clínica. Membros de grupos minoritários, imigrantes, refugiados políticos e econômicos ou indivíduos de origens étnicas diferentes podem apresentar comportamentos defensivos devido à falta de familiaridade (p. ex., barreiras linguísticas ou falta de conhecimento de regras e regulamentos) ou em resposta à negligência ou à indiferença percebida da sociedade majoritária. Esses comportamentos podem, em contrapartida, gerar raiva e frustração naqueles que lidam com esses indivíduos, iniciando, assim, um círculo vicioso de desconfiança mútua, o qual não deve ser confundido com transtorno da personalidade paranoide. Alguns grupos étnicos também demonstram comportamentos ligados à cultura que podem ser mal interpretados como paranoides.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais com sintomas psicóticos. O transtorno da personalidade paranoide pode ser distinguido de transtorno delirante do tipo persecutório, da esquizofrenia e do transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos pelo fato de esses transtornos serem todos caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (p. ex., delírios e alucinações). Para que um diagnóstico adicional de transtorno da personalidade paranoide seja dado, o transtorno da personalidade deve ter estado presente antes do aparecimento dos sintomas psicóticos e deve também persistir após a remissão dos sintomas psicóticos. Quando um indivíduo tem outro transtorno mental persistente (p. ex., esquizofrenia) que foi precedido por um transtorno da personalidade paranoide, o transtorno da personalidade deve ser também registrado, seguido de "pré-mórbido" entre parênteses.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade paranoide deve ser distinguido de mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos diretos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade paranoide deve ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Traços paranoides associados a deficiências físicas. O transtorno deve também ser distinguido de traços paranoides associados ao desenvolvimento de deficiências físicas (p. ex., deficiência auditiva).

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade paranoide, visto que têm algumas características comuns. Assim, é importante distinguir esses transtornos tendo como base suas diferenças quanto aos aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo tem aspectos de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade paranoide, todos os demais transtornos podem ser diagnosticados. O transtorno da personalidade paranoide e o transtorno da personalidade esquizotípica compartilham os traços de desconfiança, distanciamento interpessoal e ideação paranoide, mas o transtorno da personalidade esquizotípica também inclui sintomas como pensamento mágico, experiências perceptivas incomuns e pensamento e discurso estranhos. Indivíduos com comportamentos que atendem aos critérios para transtorno da personalidade esquizoide costumam ser vistos como estranhos, excêntricos, frios e distantes, mas em geral não apresentam ideação paranoide acentuada. A tendência de indivíduos com transtorno da personalidade paranoide de reagir aos menores estímulos com raiva é também encontrada nos transtornos da personalidade *borderline* e histriônica. Esses transtornos, todavia, não estão necessariamente associados com desconfiança difusa. Pessoas com transtorno da personalidade evitativa podem também relutar em confiar nos outros, mas isso ocorre mais por medo de sentir vergonha ou inadequação do que por medo de intenções maldosas. Embora o comportamento antissocial possa estar presente em alguns indivíduos com transtorno da personalidade paranoide, isso não costuma ser motivado por um desejo de ganho pessoal ou de explorar os outros como no transtorno da personalidade antissocial, sendo a motivação mais frequente um desejo de vingança. Indivíduos com transtorno da personalidade narcisista podem ocasionalmente apresentar desconfiança, retraimento social ou alienação que se originam primariamente de medos de ter suas imperfeições ou falhas reveladas.

Traços paranoides podem ser adaptativos, particularmente em ambientes ameaçadores. O transtorno da personalidade paranoide deve ser diagnosticado apenas quando tais traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes, além de causarem prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Transtorno da Personalidade Esquizoide

Critérios Diagnósticos **301.20 (F60.1)**

A. Um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais que surgem no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Não deseja nem desfruta de relações íntimas, inclusive ser parte de uma família.
2. Quase sempre opta por atividades solitárias.
3. Manifesta pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
4. Tem prazer em poucas atividades, por vezes em nenhuma.
5. Não tem amigos próximos ou confidentes que não sejam os familiares de primeiro grau.
6. Mostra-se indiferente ao elogio ou à crítica de outros.
7. Demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista e não é atribuível aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade esquizoide (pré-mórbido)".

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade esquizoide é um padrão difuso de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão de emoções em contextos interpessoais. Esse padrão surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizoide demonstram não ter desejo de intimidade, parecem indiferentes a oportunidades de desenvolver relações próximas e não parecem encontrar muita satisfação em fazer parte de uma família ou de outro grupo social (Critério A1). Preferem ficar sozinhos em vez de com outras pessoas. Com frequência parecem ser socialmente isolados ou "solitários" e quase sempre optam por atividades ou passatempos solitários que não incluem interação com outros (Critério A2). Preferem tarefas mecânicas ou abstratas, como jogos matemáticos ou de computador. Podem ter muito pouco interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa (Critério A3) e têm prazer em poucas atividades, quando não em nenhuma (Critério A4). Há geralmente uma sensação reduzida de prazer decorrente de experiências sensoriais, corporais ou interpessoais, como caminhar na praia ao fim do dia ou fazer sexo. Esses indivíduos não têm amigos próximos ou confidentes, exceto um possível parente de primeiro grau (Critério A5).

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizoide costumam ser indiferentes à aprovação ou à crítica dos outros e não parecem se incomodar com o que os demais podem pensar deles (Critério A6). Podem passar ao largo das sutilezas normais das interações sociais e frequentemente não reagem de forma adequada a gentilezas sociais, de modo que parecem socialmente inaptos ou superficiais e absorvidos em si mesmos. Habitualmente, mostram um exterior "insípido", sem reatividade emocional visível, e apenas raramente respondem de forma recíproca a gestos ou expressões faciais, como sorrisos ou acenos (Critério A7). Alegam que raramente vivenciam emoções fortes, como raiva e alegria. Costumam mostrar um afeto constrito e parecem frios e distantes. No entanto, naquelas circunstâncias particularmente incomuns em que esses indivíduos ficam pelo menos temporariamente confortáveis em revelar a si mesmos, podem admitir ter sentimentos de dor, sobretudo relacionados às interações sociais.

O transtorno da personalidade esquizoide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista ou se é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma condição médica neurológica (p. ex., epilepsia do lobo temporal) ou a outra condição médica.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizoide podem ter uma dificuldade particular para expressar raiva, mesmo em resposta a provocação direta, o que contribui para a impressão de que carecem de emoção. Suas vidas parecem por vezes sem rumo, e eles podem aparentar estar "à deriva" em relação a seus objetivos. Tais indivíduos frequentemente reagem de forma passiva a circunstâncias adversas e apresentam dificuldade em reagir adequadamente a acontecimentos

importantes da vida. Devido à falta de habilidades sociais e à ausência de desejo de experiências sexuais, indivíduos com esse transtorno têm poucos amigos, raramente namoram e costumam não casar. O funcionamento profissional pode estar prejudicado, em especial quando há necessidade de envolvimento interpessoal; podem, entretanto, ser bem-sucedidos quando trabalham em condições de isolamento social. Particularmente em resposta a estresse, indivíduos com esse transtorno podem ter vários episódios psicóticos muito breves (com duração de minutos a horas). Em alguns casos, o transtorno da personalidade esquizoide pode surgir como o antecedente pré-mórbido de transtorno delirante ou esquizofrenia. Indivíduos com esse transtorno podem, às vezes, desenvolver transtorno depressivo maior. O transtorno da personalidade esquizoide com frequência ocorre concomitantemente com os transtornos da personalidade esquizotípica, paranoide e evitativa.

Prevalência

O transtorno da personalidade esquizoide é incomum em contextos clínicos. Uma estimativa de prevalência com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication* sugere uma prevalência de 4,9%. Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem uma prevalência de 3,1%.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da personalidade esquizoide pode ficar aparente pela primeira vez na infância e adolescência por meio de solidão, relacionamento ruim com os colegas e baixo rendimento escolar, o que marca essas crianças ou adolescentes como diferentes e os torna sujeitos a provocações.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno da personalidade esquizoide pode ter prevalência aumentada entre familiares de indivíduos com esquizofrenia ou transtorno da personalidade esquizotípica.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Indivíduos de várias origens culturais podem por vezes mostrar comportamentos e estilos interpessoais defensivos que podem ser erroneamente rotulados como "esquizoides". Por exemplo, pessoas que saem de zonas rurais e vão para centros urbanos podem reagir com uma espécie de "paralisia emocional" que pode durar vários meses e que se manifesta por meio de atividades solitárias, afeto constrito e outros déficits de comunicação. Imigrantes de outros países são, às vezes, incorretamente vistos como frios, hostis ou indiferentes.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade esquizoide é diagnosticado um pouco mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino e pode causar-lhes mais incapacidade.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais com sintomas psicóticos. O transtorno da personalidade esquizoide pode ser distinguido de transtorno delirante, esquizofrenia e transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos pelo fato de esses transtornos serem todos caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (p. ex., delírios e alucinações). Para que seja dado um diagnóstico adicional de transtorno da personalidade esquizoide, o transtorno da personalidade deve ter estado presente antes do aparecimento dos sintomas psicóticos e deve persistir quando tais sintomas estão em remissão. Quando um indivíduo tem um transtorno psicótico persistente

(p. ex., esquizofrenia) que foi precedido por um transtorno da personalidade esquizoide, o transtorno da personalidade deve ser também registrado, seguido de "pré-mórbido" entre parênteses.

Transtorno do espectro autista. Pode haver grande dificuldade em distinguir indivíduos com transtorno da personalidade esquizoide daqueles com formas mais leves de transtorno do espectro autista, os quais podem ser diferenciados por apresentarem interação social comprometida de forma mais grave e comportamentos e interesses estereotipados.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade esquizoide deve ser distinguido de mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade esquizoide deve também ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o transtorno da personalidade esquizoide, visto que apresentam algumas características em comum. Assim, é importante distinguir tais transtornos com base em diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta aspectos de personalidade que atendem a critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além de transtorno da personalidade esquizoide, todos podem ser diagnosticados. Ainda que características de isolamento social e afetividade restrita sejam comuns a transtornos da personalidade esquizoide, esquizotípica e paranoide, o transtorno da personalidade esquizoide pode ser distinguido do da esquizotípica pela ausência de distorções cognitivas e perceptivas e do transtorno da personalidade paranoide pela ausência de desconfiança e ideação paranoide. O isolamento social do transtorno da personalidade esquizoide pode ser distinguido daquele da personalidade evitativa, o qual é atribuível ao medo de sentir-se envergonhado ou inadequado e à excessiva antecipação de rejeição. Pessoas com transtorno da personalidade esquizoide, por sua vez, apresentam distanciamento mais difuso e desejo limitado de intimidade social. Indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva também podem demonstrar um aparente distanciamento social que se origina da devoção ao trabalho e um desconforto com as emoções, mas eles de fato têm uma capacidade subjacente de intimidade.

Indivíduos que são "solitários" podem apresentar traços de personalidade capazes de serem considerados esquizoides. Esses traços somente constituem o transtorno da personalidade esquizoide quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica

Critérios Diagnósticos **301.22 (F21)**

A. Um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Ideias de referência (excluindo delírios de referência).
2. Crenças estranhas ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (p. ex., superstições, crença em clarividência, telepatia ou "sexto sentido"; em crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
3. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais.
4. Pensamento e discurso estranhos (p. ex., vago, circunstancial, metafórico, excessivamente elaborado ou estereotipado).
5. Desconfiança ou ideação paranoide.

6. Afeto inadequado ou constrito.
7. Comportamento ou aparência estranha, excêntrica ou peculiar.
8. Ausência de amigos próximos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau.
9. Ansiedade social excessiva que não diminui com o convívio e que tende a estar associada mais a temores paranoides do que a julgamentos negativos sobre si mesmo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista.

Nota: Se os critérios são atendidos antes do surgimento de esquizofrenia, acrescentar "pré-mórbido", isto é, "transtorno da personalidade esquizotípica (pré-morbido)".

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade esquizotípica é um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, bem como por distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico. Esse padrão surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizotípica com frequência apresentam ideias de referência (i.e., interpretações incorretas de incidentes casuais e eventos externos como tendo um sentido particular e incomum especificamente para a pessoa) (Critério A1). Estas devem ser distinguidas de delírios de referência, nos quais as crenças são mantidas com convicção delirante. Esses indivíduos podem ser supersticiosos ou preocupados com fenômenos paranormais que fogem das normas de sua subcultura (Critério A2). Podem achar que têm poderes especiais para sentir os eventos antes que ocorram ou para ler os pensamentos alheios. Podem acreditar que exercem controle mágico sobre os outros, o qual pode ser implementado diretamente (p. ex., a crença de que o fato de o cônjuge estar levando o cachorro para passear é consequência direta de, uma hora antes, ter pensado que isso devia ser feito) ou indiretamente, por meio de obediência a rituais mágicos (p. ex., passar três vezes por determinado objeto para evitar uma consequência danosa). Alterações perceptivas podem estar presentes (p. ex., sentir que outra pessoa está presente ou ouvir uma voz murmurando seu nome) (Critério A3). Seu discurso pode incluir fraseados e construções incomuns ou idiossincrásicas e costuma ser desconexo, digressivo ou vago, embora sem apresentar um real descarrilhamento ou incoerência (Critério A4). Respostas podem ser excessivamente concretas ou abstratas, e palavras e conceitos são, por vezes, aplicados de maneiras pouco habituais (p. ex., o indivíduo pode afirmar que não estava "conversável" no trabalho).

Indivíduos com esse transtorno são frequentemente desconfiados e podem apresentar ideias paranoides (p. ex., crer que os colegas de trabalho estão planejando minar sua reputação com o chefe) (Critério A5). Em geral, são incapazes de lidar com os afetos e as minúcias interpessoais que são necessários para relacionamentos bem-sucedidos; assim, com frequência parecem interagir com os outros de forma inadequada, formal ou constrita (Critério A6). Esses indivíduos são geralmente considerados esquisitos ou excêntricos em virtude de maneirismos incomuns, isto é, sua forma desleixada de vestir-se que não "combina" bem e sua falta de atenção às convenções sociais habituais (p. ex., o indivíduo pode evitar contato visual, usar roupas manchadas ou que não servem bem e ser incapaz de participar das provocações e brincadeiras que ocorrem entre colegas de trabalho) (Critério A7).

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizotípica vivenciam os relacionamentos interpessoais como problemáticos e sentem desconforto em se relacionar com outras pessoas. Embora possam manifestar infelicidade acerca da falta de relacionamentos, seu comportamento sugere um desejo reduzido de contatos íntimos. Assim, costumam ter poucos ou nenhum amigo próximo ou confidente que não seja parente de primeiro grau (Critério A8). São ansiosos em situações sociais, especialmente aquelas que envolvem pessoas desconhecidas (Critério A9). Irão interagir com outras pessoas quando tiverem de fazer isso, mas preferem não estabelecer interações, pois sentem que são diferentes e que não se enturmam. Sua ansiedade social não diminui facilmente, mesmo quando passam mais tempo no local ou conhecem melhor as outras pessoas, visto que a ansiedade tende a estar associada à desconfiança quanto às motivações dos outros.

Por exemplo, em um jantar, a pessoa com o transtorno da personalidade esquizotípica não ficará mais relaxada com o passar das horas; pelo contrário: ficará mais tensa e desconfiada.

Transtorno da personalidade esquizotípica não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista (Critério B).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade esquizotípica costumam buscar tratamento mais para os sintomas associados de ansiedade ou depressão do que para as características do transtorno da personalidade em si. Particularmente em resposta a estresse, indivíduos com o transtorno podem apresentar episódios psicóticos transitórios (com duração de minutos a horas), embora eles geralmente tenham duração insuficiente para indicar um diagnóstico adicional, como transtorno psicótico breve ou transtorno esquizofreniforme. Em alguns casos, podem surgir sintomas psicóticos clinicamente significativos que atendam aos critérios de transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou esquizofrenia. Mais de metade dos indivíduos com o transtorno da personalidade esquizotípica pode ter história de pelo menos um episódio depressivo maior. De 30 a 50% dos indivíduos diagnosticados com esse transtorno têm um diagnóstico simultâneo de transtorno depressivo maior quando avaliados em um contexto clínico. Existe considerável concomitância de transtornos da personalidade esquizoide, paranoide, evitativa e *borderline*.

Prevalência

Em estudos de comunidades do transtorno da personalidade esquizotípica, as taxas informadas variam de 0,6% em amostras norueguesas a 4,6% em uma amostra norte-americana. A prevalência do transtorno em populações clínicas parece ser baixa (0 a 1,9%), com uma prevalência estimada mais alta na população em geral (3,9%) encontrada no *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da personalidade esquizotípica apresenta curso relativamente estável, com apenas uma pequena parte dos indivíduos vindo a desenvolver esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. O transtorno pode se manifestar primeiramente na infância e adolescência por meio de solidão, relacionamento ruim com os colegas, ansiedade social, baixo rendimento escolar, hipersensibilidade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias bizarras. Essas crianças podem parecer "estranhas" ou "excêntricas" e atrair provocação.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno da personalidade esquizotípica parece ser familiarmente agregado, sendo mais prevalente entre familiares biológicos de primeiro grau de indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. Pode haver também um aumento pequeno de esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos em familiares de probandos com transtorno da personalidade esquizotípica.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Distorções cognitivas e perceptivas devem ser avaliadas no contexto do meio cultural do indivíduo. Características culturalmente determinadas disseminadas, sobretudo aquelas relativas a crenças e rituais religiosos, podem parecer esquizotípicas ao observador externo desinformado (p. ex., vodu, glossolalia, vida após a morte, xamanismo, leitura da mente, sexto sentido, crenças mágicas relativas a saúde e doença).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade esquizotípica pode ser um pouco mais comum no sexo masculino.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais com sintomas psicóticos. O transtorno da personalidade esquizotípica pode ser distinguido de transtorno delirante, esquizofrenia e transtorno bipolar ou depressivo com sintomas psicóticos pelo fato de todos esses transtornos serem caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (p. ex., delírios e alucinações). Para que seja dado um diagnóstico adicional de transtorno da personalidade esquizotípica, o transtorno deve ter estado presente antes do aparecimento dos sintomas psicóticos e deve persistir quando tais sintomas estão em remissão. Quando um indivíduo tem um transtorno psicótico persistente (p. ex., esquizofrenia), antecedido de transtorno da personalidade esquizotípica, o transtorno da personalidade deve ser também registrado, seguido de "pré-mórbido" entre parênteses.

Transtornos do neurodesenvolvimento. Pode ser bastante difícil diferenciar crianças com transtorno da personalidade esquizotípica do grupo heterogêneo de crianças solitárias e estranhas cujo comportamento é caracterizado por isolamento social pronunciado, excentricidade ou peculiaridades linguísticas e cujos diagnósticos provavelmente incluam formas mais leves de transtorno do espectro autista ou transtornos da comunicação e linguagem. Os transtornos da comunicação podem ser diferenciados pela primazia e gravidade do transtorno na linguagem e pelos aspectos característicos de linguagem prejudicada encontrados em uma avaliação especializada desta. Formas mais leves do transtorno do espectro autista são diferenciadas por sua falta de percepção social ainda maior e de reciprocidade emocional e por seus comportamentos e interesses estereotipados.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade esquizotípica deve ser distinguido de mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade esquizotípica deve ser também distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade esquizotípica por terem alguns aspectos em comum. Assim, é importante distinguir entre esses transtornos com base em diferenças nos seus aspectos característicos. Entretanto, quando um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem a critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade esquizotípica, todos podem ser diagnosticados. Ainda que os transtornos da personalidade paranoide e esquizoide possam também ser caracterizados por distanciamento social e afeto restrito, o transtorno da personalidade esquizotípica pode ser distinguido desses dois diagnósticos pela presença de distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidade ou esquisitice acentuada. Relacionamentos próximos são limitados tanto no transtorno da personalidade esquizotípica como no transtorno da personalidade evitativa; neste último, porém, um desejo ativo de relacionamentos é inibido por medo de rejeição, ao passo que no transtorno da personalidade esquizotípica há falta de desejo de relacionamentos e distanciamento persistente. Indivíduos com transtorno da personalidade narcisista podem também demonstrar desconfiança, retraimento social ou alienação; no transtorno da personalidade narcisista, porém, essas características derivam basicamente de medos de ter reveladas imperfeições ou falhas. Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* podem também apresentar sintomas transitórios que parecem psicóticos, mas eles costumam estar mais intimamente ligados a mudanças afetivas em resposta a estresse (p. ex., raiva intensa, ansiedade, desapontamento) e são geralmente mais dissociativos (p. ex., desrealização, despersonalização). Indivíduos com transtorno da personalidade esquizotípica, por sua vez, têm maior tendência a apresentar sintomas duradouros que

parecem psicóticos, os quais podem piorar sob estresse, e têm menor probabilidade de apresentarem durante todo o tempo sintomas afetivos intensos. Embora possa ocorrer isolamento social no transtorno da personalidade *borderline*, ele costuma ser mais comumente secundário a fracassos interpessoais repetidos devido a ataques de raiva e mudanças frequentes de humor do que resultado de falta persistente de contatos sociais e de desejo de intimidade. Além disso, pessoas com transtorno da personalidade esquizotípica geralmente não demonstram os comportamentos impulsivos ou manipuladores do indivíduo com transtorno da personalidade *borderline*. Há, todavia, alta taxa de ocorrência concomitante dos dois transtornos, de modo que fazer tais distinções nem sempre é possível. Características esquizotípicas durante a adolescência costumam ser mais reflexo de turbulência emocional passageira do que um transtorno persistente da personalidade.

Transtornos da Personalidade do Grupo B

Transtorno da Personalidade Antissocial

Critérios Diagnósticos **301.7 (F60.2)**

A. Um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:
   1. Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção.
   2. Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal.
   3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.
   4. Irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.
   5. Descaso pela segurança de si ou de outros.
   6. Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras.
   7. Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
C. Há evidências de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.
D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade antissocial é um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Esse padrão também já foi referido como *psicopatia, sociopatia* ou *transtorno da personalidade dissocial*. Visto que falsidade e manipulação são aspectos centrais do transtorno da personalidade antissocial, pode ser especialmente útil integrar informações adquiridas por meio de avaliações clínicas sistemáticas e informações coletadas de outras fontes colaterais.

Para que esse diagnóstico seja firmado, o indivíduo deve ter no mínimo 18 anos de idade (Critério B) e deve ter apresentado alguns sintomas de transtorno da conduta antes dos 15 anos (Critério C). O transtorno da conduta envolve um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os comportamentos específicos característicos do transtorno da conduta encaixam-se em uma de quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo ou grave violação a regras.

O padrão de comportamento antissocial continua até a vida adulta. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial não têm êxito em ajustar-se às normas sociais referentes a comportamento legal (Critério A1). Podem repetidas vezes realizar atos que são motivos de detenção (estando já presos ou não), como destruir propriedade alheia, assediar outras pessoas, roubar ou ter ocupações ilegais. Pessoas com esse transtorno desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos dos outros. Com frequência, enganam e manipulam para obter ganho ou prazer pessoal (p. ex., conseguir dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Podem mentir reiteradamente, usar nomes falsos, trapacear ou fazer maldades. Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por fracasso em fazer planos para o futuro (Critério A3). As decisões são tomadas no calor do momento, sem análise e sem consideração em relação às consequências a si ou aos outros; isso pode levar a mudanças repentinas de emprego, moradia ou relacionamentos. Indivíduos com o transtorno tendem a ser irritáveis e agressivos e podem envolver-se repetidamente em lutas corporais ou cometer atos de agressão física (inclusive espancamento de cônjuge ou filho) (Critério A4). (Atos agressivos necessários para defesa própria ou de outra pessoa não são considerados evidência para esse item.) Essas pessoas ainda demonstram descaso pela própria segurança ou pela de outros (Critério A5). Isso pode ser visto no comportamento na direção (i.e., velocidade excessiva recorrente, direção sob intoxicação, múltiplos acidentes). Podem se envolver em comportamento sexual ou uso de substância com alto risco de consequências nocivas. Podem negligenciar ou falhar em cuidar de uma criança a ponto de colocá-la em perigo.

Indivíduos com o transtorno da personalidade antissocial também tendem a ser reiterada e extremamente irresponsáveis (Critério A6). Comportamento laboral irresponsável pode ser indicado por períodos significativos de desemprego, a despeito de haver oportunidades de trabalho disponíveis, ou por abandono de vários empregos sem um plano realista de obtenção de outro. Pode também haver um padrão de repetidas ausências ao trabalho que não são explicadas por doença própria ou de familiar. Irresponsabilidade financeira é indicada por atos como inadimplência, fracasso em sustentar regularmente os filhos ou outros dependentes. Indivíduos com o transtorno demonstram pouco remorso pelas consequências de seus atos (Critério A7). Podem ser indiferentes a ter ferido, maltratado ou roubado alguém, racionalizando de modo superficial essas situações (p. ex., "a vida é injusta", "perdedores merecem perder"). Esses indivíduos podem culpar as vítimas por serem tolas, desamparadas ou merecedoras de seu destino (p. ex., "ele já esperava por isso de qualquer forma"); podem minimizar as consequências danosas de seus atos ou ainda simplesmente demonstrar total indiferença. Em geral, fracassam em compensar ou fazer reparações em razão do seu comportamento. Podem achar que todo mundo deve "ajudar o número um" e que se deve fazer qualquer coisa para evitar ser incomodado.

O comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar (Critério D).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial frequentemente carecem de empatia e tendem a ser insensíveis, cínicos e desdenhosos em relação aos sentimentos, direitos e sofrimentos dos outros. Podem ter autoconceito inflado e arrogante (p. ex., sentem que o trabalho comum cotidiano está abaixo deles ou carecem de uma preocupação real a respeito dos seus problemas do momento ou a respeito de seu futuro) e podem ser excessivamente opiniáticos, autoconfiantes ou convencidos. Podem exibir um charme desinibido e superficial e podem ser muito volúveis e verbalmente fluentes (p. ex., usar termos técnicos ou jargão que podem impressionar uma pessoa que desconhece o assunto). Falta de empatia, autoapreciação inflada e charme superficial são aspectos que têm sido comumente incluídos em concepções tradicionais da psicopatia e que podem ser particularmente característicos do transtorno e mais preditivos de recidiva em prisões ou ambientes forenses, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos tendem a ser inespecíficos. Esses indivíduos podem, ainda, ser irresponsáveis e exploradores nos seus relacionamentos sexuais. Podem ter história de vários parceiros sexuais e jamais ter mantido um relacionamento monogâmico. Como pais, podem ser irresponsáveis, conforme evidenciado por desnutrição de um filho, doença de um filho resultante de falta de higiene mínima, dependência de vizinhos

ou outros familiares para abrigo ou alimento de um filho, fracasso em encontrar um cuidador para um filho pequeno quando está fora de casa ou, ainda, desperdício recorrente do dinheiro necessário para a manutenção doméstica. Esses indivíduos podem ser dispensados do exército de forma desonrosa, fracassar em prover o próprio sustento, empobrecer ou até ficar sem teto ou, ainda, passar muitos anos em institutos penais. São mais propensos a morrer prematuramente de formas violentas (p. ex., suicídio, acidentes, homicídios) do que a população em geral.

Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial podem também apresentar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade de tolerar a monotonia e humor deprimido. Podem ter transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos por uso de substância, transtorno de sintomas somáticos, transtorno do jogo e outros transtornos do controle de impulsos associados. Também apresentam com frequência aspectos de personalidade que atendem a critérios de outros transtornos da personalidade, em particular *borderline*, histriônica e narcisista. A probabilidade de desenvolvimento de transtorno da personalidade antissocial na idade adulta aumenta se o transtorno da conduta do indivíduo teve início na infância (antes dos 10 anos) e se houve também déficit de atenção/hiperatividade associado. Abuso ou negligência infantil, paternidade/maternidade instável ou errática ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de o transtorno da conduta evoluir para transtorno da personalidade antissocial.

Prevalência

Taxas de prevalência de 12 meses de transtorno da personalidade antissocial, utilizando critérios de DSMs anteriores, situam-se entre 0,2 e 3,3%. A mais alta (maior do que 70%) está entre as amostras mais graves de indivíduos do sexo masculino com transtorno por uso de álcool em clínicas especializadas em abuso de substância, prisões ou outros ambientes forenses. A prevalência é maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos (i.e., pobreza) ou socioculturais (migração) adversos.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno da personalidade antissocial tem um curso crônico, mas pode se tornar menos evidente ou apresentar remissão conforme o indivíduo envelhece, em particular por volta da quarta década de vida. Embora essa remissão tenda a ser especialmente evidente quanto a envolvimento em comportamento criminoso, é possível que haja diminuição no espectro total de comportamentos antissociais e uso de substância. Por definição, a personalidade antissocial não pode ser diagnosticada antes dos 18 anos de idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Transtorno da personalidade antissocial é mais comum entre familiares biológicos de primeiro grau daqueles que têm o transtorno em comparação com a população em geral. O risco para familiares biológicos de mulheres com o transtorno tende a ser maior do que aquele para familiares biológicos de homens com o transtorno. Familiares biológicos de indivíduos com a doença têm ainda risco aumentado de transtorno de sintomas somáticos e por uso de substância. Dentro de uma família na qual um membro apresenta transtorno da personalidade antissocial, os indivíduos do sexo masculino têm mais frequentemente transtorno da personalidade antissocial e por uso de substância, ao passo que os do feminino apresentam com mais frequência transtorno de sintomas somáticos. Nessas famílias, no entanto, há prevalência aumentada de todos esses transtornos em ambos os sexos em comparação com a população em geral. Estudos sobre adoção indicam que fatores genéticos e ambientais contribuem para o risco de desenvolvimento do transtorno da personalidade antissocial. Tanto filhos adotivos quanto biológicos de pais com o transtorno têm risco aumentado de desenvolver transtorno da personalidade antissocial, transtorno de sintomas somáticos e transtornos por uso de substância. Crianças que conviveram algum tempo com os pais biológicos e depois foram encaminhadas

para adoção assemelham-se mais aos pais biológicos do que aos adotivos, embora o ambiente da família adotiva influencie o risco de desenvolvimento de um transtorno da personalidade e psicopatologia relacionada.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno da personalidade antissocial parece ter ligação com condição socioeconômica baixa e contextos urbanos. Surgiram preocupações de que o diagnóstico possa, algumas vezes, ser mal aplicado a indivíduos em contextos em que comportamentos aparentemente antissociais possam ser parte de uma estratégia protetora de sobrevivência. Na avaliação de traços antissociais, é útil para o clínico levar em conta o contexto social e econômico em que ocorrem os comportamentos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade antissocial é muito mais comum no sexo masculino do que no feminino. Têm havido algumas preocupações acerca da possibilidade de esse transtorno ser subdiagnosticado em indivíduos do sexo feminino, especialmente pela ênfase em itens de agressividade na definição do transtorno da conduta.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial não é dado a indivíduos com menos de 18 anos e somente é atribuído quando há história de alguns sintomas de transtorno da conduta antes dos 15 anos de idade. Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de transtorno da conduta somente é dado quando não são atendidos os critérios para transtorno da personalidade antissocial.

Transtornos por uso de substância. Quando o comportamento antissocial em um adulto está associado a um transtorno por uso de substância, o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial não é feito a não ser que os sinais desse transtorno também tenham estado presentes na infância e continuado até a vida adulta. Quando tanto o uso de substância quanto o comportamento antissocial começaram na infância e se mantiveram na vida adulta, ambos devem ser diagnosticados caso sejam satisfeitos os critérios para os dois, mesmo que alguns atos antissociais possam ser consequência do transtorno por uso de substância (p. ex., venda ilegal de drogas, roubos para obter dinheiro para drogas).

Esquizofrenia e transtorno bipolar. Comportamento antissocial que ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar não deve ser diagnosticado como transtorno da personalidade antissocial.

Outros transtornos da personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade antissocial pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante, então, distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem a critérios para um ou mais transtornos da personalidade além do transtorno da personalidade antissocial, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e transtorno da personalidade narcisista compartilham uma tendência a determinação exagerada, desembaraço, superficialidade, exploração e falta de empatia. O transtorno da personalidade narcisista, porém, não inclui características de impulsividade, agressão e falsidade. Além disso, indivíduos com transtorno da personalidade antissocial podem não ser tão necessitados de admiração e inveja dos outros, e pessoas com o transtorno da personalidade narcisista costumam carecer de uma história de transtorno da conduta na infância ou comportamento criminoso na vida adulta. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e transtorno da personalidade histriônica compartilham uma tendência a serem impulsivos, superficiais, incansáveis, sedutores, manipuladores e a buscarem emoções, mas aqueles com transtorno da personalidade histriônica tendem a ser mais exagerados nas emoções e não costumam se envolver em comportamentos antissociais. Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica e *borderline*

manipulam para obter atenção, ao passo que aqueles com transtorno da personalidade antissocial manipulam para obter lucro, poder ou outra gratificação material. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial tendem a ser menos instáveis emocionalmente e mais agressivos do que aqueles com transtorno da personalidade *borderline*. Embora comportamento antissocial possa estar presente em alguns indivíduos com transtorno da personalidade paranoide, ele não costuma ser motivado por desejo de ganho pessoal ou exploração dos outros como no transtorno da personalidade antissocial; o que os move é mais frequentemente um desejo de vingança.

Comportamento criminoso não associado a um transtorno da personalidade. O transtorno da personalidade antissocial deve ser distinguido do comportamento criminoso realizado para obter algum ganho e que não é acompanhado pelas características de personalidade que são parte desse transtorno. Apenas quando os traços da personalidade antissocial forem inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causarem prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos é que constituirão transtorno da personalidade antissocial.

Transtorno da Personalidade *Borderline*

Critérios Diagnósticos **301.83 (F60.3)**

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (**Nota:** Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade *borderline* é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com o transtorno da personalidade *borderline* tentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado (Critério 1). A percepção de uma separação ou rejeição iminente ou a perda de estrutura externa podem levar a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento. Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Vivenciam medos intensos de abandono e experimentam raiva inadequada mesmo diante de uma separação de curto prazo realística ou quando ocorrem mudanças inevitáveis de planos (p. ex., desespero repentino em reação ao aviso do clínico de que a consulta acabou; pânico ou fúria quando alguém importante para eles se atrasa alguns minutos ou precisa cancelar um compro-

misso). Esses indivíduos podem achar que esse "abandono" implica que eles são "maus". Tais medos de abandono têm relação com intolerância a ficar só e necessidade de ter outras pessoas ao redor. Os esforços desesperados para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas como automutilação ou comportamentos suicidas, os quais são descritos separadamente no Critério 5.

As pessoas com transtorno da personalidade *borderline* apresentam um padrão de relacionamentos instável e intenso (Critério 2). Podem idealizar cuidadores ou companheiros potenciais em um primeiro ou segundo encontro, exigir ficar muito tempo juntos e partilhar os detalhes pessoais mais íntimos logo no início de um relacionamento. Entretanto, podem mudar rapidamente da idealização à desvalorização, sentindo que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o suficiente e não está "presente" o suficiente. Esses indivíduos podem empatizar e cuidar de outros, mas somente com a expectativa de que o outro estará presente quando chamado, em uma espécie de troca para atender às suas próprias necessidades. Estão propensos a mudanças dramáticas e repentinas na sua forma de enxergar os outros, que podem ser vistos alternadamente como apoiadores benevolentes ou como punidores cruéis. Tais mudanças, em geral, refletem desilusão com um cuidador cujas qualidades de dedicação haviam sido idealizadas ou cuja rejeição ou abandono era esperado.

Pode ocorrer uma perturbação da identidade, caracterizada por instabilidade acentuada e persistente da imagem ou da percepção de si mesmo (Critério 3). Há mudanças súbitas e dramáticas na autoimagem, caracterizadas por metas, valores e aspirações vocacionais inconstantes. Podem ocorrer mudanças súbitas em opiniões e planos sobre carreira profissional, identidade sexual, valores e tipos de amigos. Esses indivíduos podem repentinamente mudar de um papel de suplicantes necessitados de ajuda para o papel de vingadores justos de maus-tratos passados. Embora costumem ter uma autoimagem baseada em serem maus, indivíduos com esse transtorno podem por vezes apresentar sentimentos de que eles mesmos não existem. Tais experiências ocorrem geralmente em situações nas quais o indivíduo sente falta de relações significativas, de cuidado e de apoio. Podem demonstrar um desempenho pior em situações não estruturadas de trabalho ou estudo.

Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* mostram impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (Critério 4). Podem apostar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, envolver-se em sexo desprotegido ou dirigir de forma imprudente. Apresentam recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação (Critério 5). Suicídio ocorre em 8 a 10% de tais indivíduos, sendo que atos de automutilação (p. ex., cortes ou queimaduras) e ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns. A ideação suicida recorrente é com frequência a razão pela qual essas pessoas buscam ajuda. Esses atos autodestrutivos são geralmente precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que o indivíduo assuma maiores responsabilidades. A automutilação pode ocorrer durante experiências dissociativas e com frequência traz alívio por reafirmar a capacidade do indivíduo de sentir ou por expiar a sensação de ser uma má pessoa.

Indivíduos com o transtorno podem demonstrar instabilidade afetiva devido a acentuada reatividade do humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente com duração de mais do que alguns dias) (Critério 6). O humor disfórico basal dos que têm esse transtorno é amiúde interrompido por períodos de raiva, pânico ou desespero e é raramente aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Esses episódios podem refletir a extrema reatividade do indivíduo a estresses interpessoais. Indivíduos com o transtorno podem ser perturbados por sentimentos crônicos de vazio (Critério 7). Facilmente entediados, podem estar constantemente buscando algo para fazer. Com frequência expressam raiva inadequada e intensa ou têm dificuldades em controlá-la (Critério 8). Podem demonstrar sarcasmo extremo, amargura persistente ou ter explosões verbais. A raiva é geralmente provocada quando um cuidador ou companheiro é visto como negligente, contido, despreocupado ou como alguém que abandona. Tais expressões de raiva costumam ser seguidas de vergonha e culpa, contribuindo para o sentimento de ter sido mau. Durante períodos de estresse extremo, podem ocorrer ideação paranoide ou sintomas dissociativos transitórios (p. ex., despersonalização) (Critério 9), embora sejam, em geral, de gravidade ou duração insuficiente para levar a um diagnóstico adicional. Esses episódios ocorrem mais frequentemente em resposta a um aban-

dono real ou imaginado. Os sintomas tendem a ser passageiros, durando de minutos a horas. O retorno real ou percebido da dedicação do cuidador pode resultar em remissão dos sintomas.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* podem ter um padrão de sabotagem pessoal no momento em que uma meta está para ser atingida (p. ex., abandono da escola logo antes da formatura; regressão grave após conversa sobre os bons rumos da terapia; destruição de um relacionamento bom exatamente quando está claro que ele pode durar). Alguns indivíduos desenvolvem sintomas semelhantes à psicose (p. ex., alucinações, distorções da imagem corporal, ideias de referência, fenômenos hipnagógicos) em momentos de estresse. Indivíduos com esse transtorno podem se sentir mais protegidos junto a objetos transicionais (i.e., animal de estimação ou objeto inanimado) do que em relacionamentos interpessoais. Pode ocorrer morte prematura por suicídio em indivíduos com o transtorno, especialmente naqueles em que há ocorrência simultânea de transtornos depressivos ou transtornos por uso de substância. Deficiências físicas podem resultar de comportamentos de abuso autoinfligidos ou de tentativas fracassadas de suicídio. Perdas de emprego recorrentes, interrupção da educação e separação ou divórcio são comuns. Abuso físico e sexual, negligência, conflito hostil e perda parental prematura são mais comuns em histórias de infância daqueles com o transtorno da personalidade *borderline*. Transtornos comuns de se observar concomitantemente incluem transtornos depressivo e bipolar, transtornos por uso de substância, transtornos alimentares (sobretudo bulimia nervosa), transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno da personalidade *borderline* também ocorre frequentemente com outros transtornos da personalidade.

Prevalência

A prevalência média do transtorno da personalidade *borderline* na população é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. Essa prevalência é de aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e de por volta de 20% entre pacientes psiquiátricos internados. A prevalência do transtorno pode diminuir nas faixas etárias mais altas.

Desenvolvimento e Curso

Há considerável variação no curso do transtorno da personalidade *borderline*. O padrão mais comum é o de instabilidade crônica no início da vida adulta, com episódios graves de descontrole afetivo e impulsivo e níveis altos de uso dos recursos de saúde e saúde mental. O prejuízo decorrente do transtorno e o risco de suicídio são maiores entre os adultos jovens e desaparecem gradualmente com o avançar da idade. Embora a tendência para emoções intensas, impulsividade e intensidade nos relacionamentos costume perdurar a vida toda, indivíduos que se engajam em intervenções terapêuticas frequentemente demonstram melhoras que iniciam em algum momento durante o primeiro ano. Dos 30 aos 50 anos, a maioria dos indivíduos com o transtorno alcança estabilidade maior nos seus relacionamentos e no seu funcionamento profissional. Estudos de seguimento de indivíduos identificados por meio de ambulatórios de saúde mental indicam que, após cerca de 10 anos, até metade deles não mais apresenta um padrão de comportamento que atenda aos critérios para o transtorno da personalidade *borderline*.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno da personalidade *borderline* é cerca de cinco vezes mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de pessoas com o transtorno do que na população em geral. Também há aumento do risco familiar para transtornos por uso de substância, transtorno da personalidade antissocial e transtorno depressivo ou bipolar.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O padrão de comportamento encontrado no transtorno da personalidade *borderline* tem sido identificado em muitos contextos mundo afora. Adolescentes e adultos jovens com problemas de identidade (especialmente quando acompanhados de uso de substância) podem apresentar de forma transitória comportamentos que enganosamente dão a impressão de transtorno da personalidade *borderline*. Tais situações são caracterizadas por instabilidade emocional, dilemas "existenciais", incertezas, escolhas causadoras de ansiedade, conflitos sobre orientação sexual e pressões sociais para decisão sobre a carreira profissional.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade *borderline* é diagnosticado predominantemente (cerca de 75%) em indivíduos do sexo feminino.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos depressivo e bipolar. O transtorno da personalidade *borderline* frequentemente ocorre de forma concomitante com transtornos depressivos ou bipolares, e, quando atendidos critérios para ambos, os dois podem ser diagnosticados. Visto que a apresentação momentânea do transtorno da personalidade *borderline* pode ser mimetizada por um episódio de transtorno depressivo ou bipolar, o clínico deve evitar firmar um diagnóstico adicional de transtorno da personalidade *borderline* com base apenas na apresentação momentânea, sem ter documentado que o padrão teve começo precoce e curso prolongado.

Outros transtornos da personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o transtorno da personalidade *borderline* pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante fazer a distinção entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade *borderline*, todos podem ser diagnosticados. Ainda que o transtorno da personalidade histriônica possa ser também caracterizado por busca de atenção, comportamento manipulativo e por mudanças rápidas nas emoções, o transtorno da personalidade *borderline* distingue-se por autodestrutividade, ataques de raiva nos relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de vazio profundo e solidão. Ideias ou ilusões paranoides podem estar presentes nos transtornos da personalidade *borderline* e esquizotípica, mas esses sintomas, no transtorno da personalidade *borderline*, são mais transitórios, reativos a problemas interpessoais e responsivos à estruturação externa. Embora os transtornos da personalidade paranoide e narcisista possam ser também caracterizados por reação de raiva a estímulos mínimos, a relativa estabilidade da autoimagem, assim como a relativa falta de autodestrutividade, impulsividade e preocupações acerca de abandono, distinguem esses transtornos do transtorno da personalidade *borderline*. Mesmo que os transtornos da personalidade antissocial e *borderline* sejam caracterizados por comportamento manipulativo, indivíduos com o primeiro manipulam para obter lucro, poder ou alguma outra gratificação material, ao passo que o alvo, no transtorno da personalidade *borderline*, é a obtenção de atenção dos cuidadores. Tanto o transtorno da personalidade dependente quanto o transtorno da personalidade *borderline* são caracterizados por medo de abandono; entretanto, o indivíduo com este último reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, fúria e exigências, ao passo que aquele com transtorno da personalidade dependente reage com calma e submissão e busca urgentemente uma relação substituta que dê atenção e apoio. O transtorno da personalidade *borderline* pode ser também distinguido do transtorno da personalidade dependente por seu padrão típico de relações instáveis e intensas.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade *borderline* deve ser distinguido de mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade *borderline* deve ainda ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Problemas de identidade. O transtorno da personalidade *borderline* deve ser distinguido de um problema de identidade, o qual é reservado para preocupações quanto à identidade relativas a uma fase de desenvolvimento (p. ex., adolescência) e não se qualifica como um transtorno mental.

Transtorno da Personalidade Histriônica

Critérios Diagnósticos **301.50 (F60.4)**

Um padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Desconforto em situações em que não é o centro das atenções.
2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo.
3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções.
4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si.
5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes.
6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções.
7. É sugestionável (i.e., facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias).
8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade histriônica é a emocionalidade excessiva e difusa e o comportamento de busca de atenção. Esse padrão surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com o transtorno da personalidade histriônica sentem-se desconfortáveis ou não valorizados quando não estão no centro das atenções (Critério 1). Normalmente cheios de vida e dramáticos, tendem a atrair atenção para si mesmos e podem inicialmente fazer novas amizades por seu entusiasmo, abertura aparente ou sedução. Essas qualidades se extinguem, todavia, à medida que esses indivíduos demandam continuadamente ser o centro das atenções. Eles comandam o papel de "vida da festa". Caso não sejam o centro das atenções, podem fazer algo dramático (p. ex., inventar histórias, criar uma cena) para atrair o foco da atenção para si. Tal necessidade é com frequência aparente em seu comportamento com um clínico (p. ex., elogiar, levar presentes, dar descrições dramáticas de sintomas físicos e psicológicos que são substituídos por novos sintomas a cada consulta).

A aparência e o comportamento de indivíduos com esse transtorno são, em geral, sexualmente provocativos ou sedutores de forma inadequada (Critério 2). Esse comportamento é voltado não somente às pessoas por quem o indivíduo tem interesse romântico ou sexual, mas ocorre também em uma grande variedade de relacionamentos sociais, ocupacionais e profissionais, além do que seria apropriado ao contexto social. A expressão emocional pode ser superficial e rapidamente cambiante (Critério 3). Os indivíduos com o transtorno usam reiteradamente a aparência física para atrair as atenções para si (Critério 4). São excessivamente preocupados em impressionar os outros por meio de sua aparência e dedicam muito tempo, energia e dinheiro a roupas e embelezamento. Podem buscar elogios acerca da aparência e também ficar chateados de forma fácil e excessiva em virtude de algum comentário crítico sobre como estão ou por uma fotografia que porventura considerem não lisonjeira.

Esses indivíduos têm um estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes (Critério 5). Opiniões fortes são expressas de forma dramática, mas as razões subjacentes costumam ser vagas e difusas, sem fatos e detalhes de apoio. Por exemplo, um indivíduo com transtorno da personalidade histriônica pode comentar que determinada pessoa é um ser huma-

no maravilhoso, ainda que não consiga oferecer qualquer exemplo específico de boas qualidades que apoiem sua opinião. Indivíduos com esse transtorno são caracterizados pela autodramatização, pela teatralidade e pela expressão exagerada das emoções (Critério 6). Podem envergonhar amigos e conhecidos pela exibição pública excessiva de emoções (p. ex., abraçar conhecidos casuais com entusiasmo demasiado, chorar de forma inconsolável em ocasiões sentimentais de importância menor, ter ataques de raiva repentinos). Suas emoções, no entanto, frequentemente parecem ser ligadas ou desligadas com muita rapidez para serem sentidas em profundidade, o que pode levar os outros a acusá-los de dissimular esses sentimentos.

Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica são altamente sugestionáveis (Critério 7). Suas opiniões e sentimentos são facilmente influenciados pelos outros ou por modismos presentes. Podem confiar em demasia, em especial em figuras fortes de autoridade que veem como capazes de solucionar de forma mágica seus problemas. Têm tendência a dar palpites e a adotar convicções rapidamente. Costumam considerar as relações pessoais como mais íntimas do que realmente são, descrevendo quase todos os conhecidos como "meu queridíssimo amigo" ou fazendo referência a médicos que encontraram uma ou duas vezes em circunstâncias profissionais por seus primeiros nomes (Critério 8).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica podem ter dificuldades em alcançar intimidade emocional em relacionamentos românticos ou sexuais. Sem se dar conta disso, costumam desempenhar um papel (p. ex., "vítima" ou "princesa") em suas relações com os outros. Podem buscar controlar seu parceiro por meio de manipulação emocional ou sedução em um nível, ao mesmo tempo que mostram dependência acentuada deles em outro nível. Indivíduos com esse transtorno geralmente têm relacionamentos difíceis com amigos do mesmo sexo, pois seu estilo interpessoal sexualmente provocativo pode parecer uma ameaça aos relacionamentos afetivos destes. Esses indivíduos podem também afastar os amigos com exigências de atenção constante. Com frequência ficam deprimidos e aborrecidos quando não são o centro das atenções. Podem buscar obstinadamente novidades, estímulos e excitação e ter tendência a entediar-se com a rotina. Não costumam tolerar ou se sentem frustrados por situações envolvendo atraso de gratificação, sendo suas ações costumeiramente voltadas à obtenção de satisfação imediata. Embora com frequência comecem um trabalho ou projeto com muito entusiasmo, seu interesse pode se dissipar rapidamente. Relacionamentos de longa data podem ser negligenciados para dar espaço à excitação de novos relacionamentos.

O risco real de suicídio não é conhecido, mas a experiência clínica sugere que esses indivíduos estão sob risco aumentado de gestos e ameaças suicidas que realizam com o intuito de obter atenção e coagir os demais a oferecer melhores cuidados. O transtorno da personalidade histriônica tem sido associado a taxas mais altas de transtorno de sintomas somáticos, transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais) e transtorno depressivo maior. Com frequência, os transtornos da personalidade *borderline*, narcisista, antissocial e dependente ocorrem de forma concomitante.

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem uma prevalência de personalidade histriônica de 1,84%.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Normas de comportamento interpessoal, aparência pessoal e expressão emocional variam amplamente entre culturas, gêneros e faixas etárias. Antes de considerar os vários traços (p. ex., emocionalidade, sedução, estilo interpessoal dramático, busca por novidades, sociabilidade, charme, impressionabilidade, tendência à somatização) como evidência de transtorno da personalidade histriônica, é importante avaliar se causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Em contextos clínicos, esse transtorno foi diagnosticado com mais frequência no sexo feminino; contudo, a proporção entre os sexos não é significativamente diferente da proporção sexual feminina encontrada no contexto clínico respectivo. De forma contrastante, alguns estudos usando avaliações estruturadas informam taxas de prevalência similares entre ambos os sexos.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o transtorno da personalidade histriônica pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade histriônica, todos podem ser diagnosticados. Embora o transtorno da personalidade *borderline* possa também ser caracterizado por busca de atenção, comportamento manipulativo e mudanças rápidas de emoções, ele é distinguido pela autodestrutividade, pelos rompantes de raiva nos relacionamentos íntimos e pelos sentimentos crônicos de vazio profundo e perturbação da identidade. Indivíduos com os transtornos da personalidade antissocial e histriônica compartilham uma tendência a impulsividade, superficialidade, busca de excitação, descuido, sedução e manipulação, mas pessoas com o transtorno da personalidade histriônica tendem a ser mais exageradas nas suas emoções e não costumam envolver-se em comportamentos antissociais. Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica manipulam para obter cuidados, ao passo que aqueles com transtorno da personalidade antissocial manipulam para obter lucro, poder ou alguma outra gratificação material. Embora indivíduos com transtorno da personalidade narcisista também busquem obstinadamente a atenção dos outros, eles geralmente querem elogios por sua "superioridade", enquanto pessoas com transtorno da personalidade histriônica desejam ser vistas como frágeis ou dependentes caso isso sirva para a obtenção de atenção. Indivíduos com transtorno da personalidade narcisista podem exagerar a intimidade dos seus relacionamentos com outras pessoas, mas estão mais aptos a reforçar a condição "VIP" ou a riqueza dos amigos. No transtorno da personalidade dependente, o indivíduo é excessivamente dependente dos outros quanto a elogios e orientação, mas não apresenta as características exibicionistas, exageradas e emocionais daqueles com o transtorno da personalidade histriônica.

Muitos indivíduos podem exibir traços da personalidade histriônica. Esses traços somente constituem o transtorno quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade histriônica deve ser distinguido da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno deve também ser diferenciado de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Transtorno da Personalidade Narcisista

Critérios Diagnósticos **301.81** (F60.81)

Um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem uma sensação grandiosa da própria importância (p. ex., exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes).
2. É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.

3. Acredita ser "especial" e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada.
4. Demanda admiração excessiva.
5. Apresenta um sentimento de possuir direitos (i.e., expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas).
6. É explorador em relações interpessoais (i.e., tira vantagem de outros para atingir os próprios fins).
7. Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.
8. É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam.
9. Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade narcisista é um padrão difuso de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com o transtorno têm um sentimento grandioso da própria importância (Critério 1). Superestimam de forma rotineira suas capacidades e exageram suas conquistas, com frequência parecendo pretensiosos e arrogantes. Podem tranquilamente partir do pressuposto de que os outros atribuem o mesmo valor aos seus esforços e podem surpreender-se quando o elogio que esperam e o sentimento que sentem merecer não ocorrem. Comumente implícita nos juízos inflados das próprias conquistas está uma subestimação (desvalorização) das contribuições dos outros. Indivíduos com transtorno da personalidade narcisista estão frequentemente preocupados com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal (Critério 2). Podem ruminar acerca de admiração e privilégios "há muito devidos" e comparar-se favoravelmente a pessoas famosas ou privilegiadas.

As pessoas com esse transtorno creem ser superiores, especiais ou únicas e esperam que os outros as reconheçam como tal (Critério 3). Podem sentir que são somente compreendidas por outras pessoas especiais ou de condição elevada, e apenas com elas devem se associar, podendo atribuir qualidades como "únicas", "perfeitas" e "dotadas" àquelas com quem se associam. Indivíduos com esse transtorno acreditam que suas necessidades são especiais e estão além do conhecimento das pessoas comuns. Sua própria autoestima é realçada (i.e., "espelhada") pelo valor idealizado que conferem àqueles com quem se associam. Tendem a insistir em ser atendidos apenas por pessoas "top" (médico, advogado, cabeleireiro, instrutor) ou em ser afiliados às "melhores" instituições, embora possam desvalorizar as credenciais daqueles que os desapontam.

Indivíduos com esse transtorno geralmente exigem admiração excessiva (Critério 4). Sua autoestima é quase invariavelmente muito frágil. Podem estar preocupados com o quão bem estão se saindo e o quão favoravelmente os outros os consideram. Isso costuma assumir a forma de uma necessidade constante de atenção e admiração. Podem esperar que sua chegada seja saudada com grandes comemorações e ficam atônitos quando os outros não cobiçam seus pertences. Podem constantemente buscar elogios, em geral com muita sedução. Fica evidente nesses indivíduos uma sensação de possuir direitos por meio das expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável que apresentam (Critério 5). Esperam ser servidos e ficam atônitos ou furiosos quando isso não acontece. Por exemplo, podem supor que não precisam aguardar em filas e que suas prioridades são tão importantes que os outros farão uma deferência a eles, irritando-se depois quando estes não os auxiliam "em seu trabalho tão importante". Essa sensação de possuir direitos, combinada com falta de sensibilidade aos desejos e necessidades dos outros, pode resultar na exploração consciente ou involuntária de outras pessoas (Critério 6). Esperam receber qualquer coisa que desejarem ou sintam necessitar, independentemente do que isso possa significar para os outros. Por exemplo, esses indivíduos podem esperar uma grande dedicação dos outros e podem explorá-los abusivamente sem dar importância ao impacto que esse fato pode ter em suas vidas. Tendem a formar relações de amizade ou romance somente se a outra pessoa parece possibilitar o avanço de seus propósitos ou, então, incrementar sua autoestima. Costumam usurpar privilégios especiais e recursos extraordinários que creem merecer por serem tão especiais.

Indivíduos com o transtorno geralmente apresentam falta de empatia e dificuldade de reconhecer os desejos, as experiências subjetivas e os sentimentos das outras pessoas (Critério 7).

Podem pressupor que os outros estão totalmente preocupados com seu bem-estar. Tendem a discutir suas próprias preocupações de forma detalhada e prolongada, ao mesmo tempo que falham em reconhecer que os demais também têm sentimentos e necessidades. Com frequência são desdenhosos e impacientes com outros que falam sobre seus próprios problemas e preocupações. Podem não enxergar o quanto ferem os demais com seus comentários (p. ex., dizer exageradamente a um ex-companheiro "Agora estou em um relacionamento para toda a vida!"; alardear a saúde diante de alguém doente). Quando reconhecidos, as necessidades, os desejos ou os sentimentos das outras pessoas são provavelmente encarados de forma depreciativa como sinais de fraqueza ou vulnerabilidade. Aqueles que se relacionam com indivíduos com transtorno da personalidade narcisista costumam encontrar frieza emocional e falta de interesse recíproco.

Esses indivíduos tendem a invejar os outros ou a acreditar que estes os invejam (Critério 8). Podem ver com má vontade o sucesso ou os pertences das outras pessoas, sentindo que eles é que são os reais merecedores de tais conquistas, admiração ou privilégios. Podem desvalorizar grosseiramente as contribuições dos outros, sobretudo quando essas pessoas receberam reconhecimento ou elogio pelo que realizaram. Comportamentos arrogantes e insolentes caracterizam esses indivíduos; com frequência exibem esnobismo, desdém ou atitudes condescendentes (Critério 9). Por exemplo, um indivíduo com esse transtorno pode se queixar da "grosseria" ou "estupidez" de um garçom desajeitado ou concluir uma avaliação médica com uma apreciação condescendente do médico.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A vulnerabilidade na autoestima torna os indivíduos com transtorno da personalidade narcisista muito sensíveis a "feridas" resultantes de crítica ou derrota. Embora possam não evidenciar isso de forma direta, a crítica pode assustá-los, deixando neles sentimentos de humilhação, degradação, vácuo e vazio. Podem reagir com desdém, fúria ou contra-ataque desafiador. Tais vivências geralmente levam a retraimento social ou a uma aparência de humildade que pode mascarar e proteger a grandiosidade. Relações interpessoais costumam ser afetadas devido a problemas resultantes da crença no merecimento de privilégios, da necessidade de admiração e da relativa desconsideração das sensibilidades dos outros. Embora ambição e confiança desmedidas possam levar a grandes conquistas, o desempenho pode ser comprometido pela intolerância a críticas ou derrotas. O desempenho no trabalho às vezes pode ser muito baixo, refletindo falta de disposição de se arriscar em situações competitivas ou em outras em que há possibilidade de derrota. Sentimentos persistentes de vergonha ou humilhação e a autocrítica acompanhante podem estar associados a retraimento social, humor deprimido e transtorno depressivo persistente (distimia) ou transtorno depressivo maior. Por sua vez, períodos sustentados de grandiosidade podem estar associados a humor hipomaníaco. O transtorno da personalidade narcisista está ainda associado a anorexia nervosa e transtornos por uso de substância (especialmente relacionados a cocaína). Transtornos da personalidade histriônica, *borderline*, antissocial e paranoide podem estar associados ao transtorno da personalidade narcisista.

Prevalência

As estimativas de prevalência do transtorno da personalidade narcisista, com base nas definições do DSM-IV, variam de 0 a 6,2% em amostras de comunidades.

Desenvolvimento e Curso

Traços narcisistas podem ser particularmente comuns em adolescentes e não necessariamente indicam que a pessoa vai desenvolver o transtorno da personalidade narcisista. Indivíduos com esse transtorno podem ter dificuldades especiais de adaptação ao surgimento de limitações físicas e profissionais inerentes ao processo de envelhecimento.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Entre aqueles diagnosticados com transtorno da personalidade narcisista, 50 a 75% são do sexo masculino.

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o da personalidade narcisista pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade narcisista, todos podem ser diagnosticados. A característica mais útil à discriminação do transtorno da personalidade narcisista dos transtornos da personalidade histriônica, antissocial e *borderline*, nos quais os estilos de interação são respectivamente a sedução, a insensibilidade e a carência, é a grandiosidade. A relativa estabilidade da autoimagem, assim como a ausência relativa de autodestrutividade, impulsividade e preocupações com abandono, também ajuda a distinguir o transtorno da personalidade narcisista do transtorno da personalidade *borderline*. Orgulho excessivo com as conquistas, falta relativa de demonstração das emoções e desdém pelas sensibilidades dos outros ajudam a distinguir o transtorno da personalidade narcisista do transtorno da personalidade histriônica. Ainda que indivíduos com transtornos da personalidade *borderline*, histriônica e narcisista possam exigir muita atenção, aqueles com transtorno da personalidade narcisista precisam especificamente dessa atenção para serem admirados. Indivíduos com transtorno da personalidade antissocial e personalidade narcisista compartilham uma tendência a ser determinados, desembaraçados, superficiais, exploradores e carentes de empatia. O transtorno da personalidade narcisista, entretanto, não necessariamente inclui características de impulsividade, agressão e dissimulação. Além disso, indivíduos com o transtorno da personalidade antissocial podem não ser tão carentes da admiração e da inveja dos outros, e pessoas com o transtorno da personalidade narcisista costumam não ter a história de transtorno da conduta na infância ou comportamento criminoso na vida adulta. Tanto no transtorno da personalidade narcisista quanto no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, o indivíduo pode professar um compromisso com o perfeccionismo e acreditar que os outros não são capazes de fazer as coisas tão bem. Em contraste com a autocrítica que acompanha aqueles com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, indivíduos com transtorno da personalidade narcisista são mais propensos a achar que atingiram a perfeição. Desconfiança e retraimento social normalmente diferenciam aqueles com transtorno da personalidade esquizotípica ou paranoide daqueles com transtorno da personalidade narcisista. Quando essas características estão presentes em indivíduos com transtorno da personalidade narcisista, elas se originam primariamente de medos de ter imperfeições ou falhas reveladas.

Muitos indivíduos altamente bem-sucedidos exibem traços de personalidade que podem ser considerados narcisistas. Esses traços somente constituem o transtorno da personalidade narcisista quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Mania ou hipomania. Grandiosidade pode emergir como parte de episódios maníacos ou hipomaníacos, mas a associação com mudanças de humor ou prejuízos funcionais ajuda a distinguir esses episódios do transtorno da personalidade narcisista.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade narcisista deve também ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Transtornos da Personalidade do Grupo C

Transtorno da Personalidade Evitativa

Critérios Diagnósticos **301.82 (F60.6)**

Um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Evita atividades profissionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de crítica, desaprovação ou rejeição.
2. Não se dispõe a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de que será recebido de forma positiva.
3. Mostra-se reservado em relacionamentos íntimos devido a medo de passar vergonha ou de ser ridicularizado.
4. Preocupa-se com críticas ou rejeição em situações sociais.
5. Inibe-se em situações interpessoais novas em razão de sentimentos de inadequação.
6. Vê a si mesmo como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior aos outros.
7. Reluta de forma incomum em assumir riscos pessoais ou se envolver em quaisquer novas atividades, pois estas podem ser constrangedoras.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade evitativa é um padrão difuso de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno da personalidade evitativa esquivam-se de atividades no trabalho que envolvam contato interpessoal significativo devido a medo de crítica, desaprovação ou rejeição (Critério 1). Ofertas de promoções na vida profissional podem não ser aceitas pelo fato de novas responsabilidades poderem resultar em críticas de colegas. Esses indivíduos evitam fazer novos amigos, a menos que tenham certeza de que serão recebidos de forma positiva e aceitos sem críticas (Critério 2). Até que passem em testes rígidos que provem o contrário, às outras pessoas é atribuída uma natureza crítica e desaprovadora. Indivíduos com esse transtorno não participam de atividades em grupo, a não ser que tenham ofertas repetidas e generosas de apoio e atenção. A intimidade interpessoal costuma ser difícil para eles, embora consigam estabelecer relacionamentos íntimos quando há certeza de aceitação sem críticas. Podem agir de forma reservada, ter dificuldades de conversar sobre si mesmos e conter os sentimentos íntimos por medo de exposição, do ridículo ou de sentirem vergonha (Critério 3).

Visto que indivíduos com esse transtorno estão preocupados com serem criticados ou rejeitados em situações sociais, podem apresentar um limiar bastante baixo para a detecção de tais reações (Critério 4). Ao menor sinal de desaprovação ou crítica, podem se sentir extremamente magoados. Tendem a ser tímidos, quietos, inibidos e "invisíveis" pelo medo de que toda a atenção seja degradante ou rejeitadora. Acreditam que, independentemente do que digam, os outros entenderão como algo "errado"; assim, podem não dizer absolutamente nada. Reagem enfaticamente a sinais sutis que sejam sugestivos de zombaria ou deboche. Apesar de seu forte desejo de participação na vida social, receiam colocar seu bem-estar nas mãos de outros. Indivíduos com o transtorno da personalidade evitativa ficam inibidos em situações interpessoais novas, pois se sentem inadequados e têm baixa autoestima (Critério 5). Dúvidas a respeito da competência social e do apelo pessoal ficam especialmente claras em contextos envolvendo interações com estranhos. Esses indivíduos veem-se como socialmente incapazes, sem qualquer atrativo pessoal ou inferiores aos outros (Critério 6). Costumam relutar de forma incomum em assumir riscos pessoais ou se envolver em quaisquer novas atividades, pois elas podem causar constrangimento (Critério 7). Tendem a exagerar os perigos potenciais de situações comuns, e um estilo de vida restrito pode resultar de sua necessidade de certeza e segurança. Alguém com esse transtorno pode cancelar uma entrevista de emprego temendo passar vergonha por não estar trajado apropriadamente. Sintomas somáticos ou outros problemas de menor importância podem se tornar a razão da evitação de novas atividades.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade evitativa costumam avaliar vigilantemente os movimentos e as expressões daqueles com quem têm contato. Sua conduta temerosa e tensa pode provocar o ridículo e o deboche dos outros, o que, em contrapartida, confirma suas dúvidas pessoais. Esses indivíduos se sentem muito ansiosos diante da possibilidade de reagirem à crítica

com rubor ou choro. São descritos pelas outras pessoas como "envergonhados", "tímidos", "solitários" e "isolados". Os maiores problemas associados a esse transtorno ocorrem no funcionamento social e profissional. A baixa autoestima e a hipersensibilidade à rejeição estão associadas a contatos interpessoais restritos. Esses indivíduos podem ficar relativamente isolados e em geral não apresentam uma rede grande de apoio social capaz de auxiliá-los a espantar crises. Desejam afeição e aceitação e podem fantasiar relacionamentos idealizados com os outros. Os comportamentos de evitação podem também afetar adversamente o funcionamento profissional, pois esses indivíduos tentam evitar os tipos de situações sociais que podem ser importantes para o atendimento das demandas básicas do trabalho ou para avanços na profissão.

Outros transtornos comumente diagnosticados com o transtorno da personalidade evitativa incluem transtornos depressivo, bipolar e de ansiedade, em especial o transtorno de ansiedade social (fobia social). O transtorno da personalidade evitativa é frequentemente diagnosticado junto ao transtorno da personalidade dependente, visto que as pessoas com o transtorno da personalidade evitativa ficam muito apegadas e dependentes em relação àquelas poucas pessoas de quem são amigas. O transtorno da personalidade evitativa também tende a ser diagnosticado com o transtorno da personalidade *borderline* e com os transtornos da personalidade do Grupo A (i.e., paranoide, esquizoide ou esquizotípica).

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 sugerem prevalência de 2,4% para o transtorno da personalidade evitativa.

Desenvolvimento e Curso

O comportamento evitativo costuma iniciar na infância pré-verbal ou verbal por meio de timidez, isolamento e medo de estranhos e de novas situações. Embora a timidez em crianças seja um precursor comum do transtorno da personalidade evitativa, na maior parte dos indivíduos ela tende a desaparecer lentamente com o passar dos anos. De forma contrastante, indivíduos que desenvolvem o transtorno da personalidade evitativa podem ficar cada vez mais tímidos e evitativos na adolescência e no início da vida adulta, quando os relacionamentos sociais com novas pessoas se tornam especialmente importantes. Existem algumas evidências de que, nos adultos, o transtorno tende a ficar menos evidente ou a sofrer remissão com o envelhecimento. Esse diagnóstico deve ser usado com muita cautela em crianças e adolescentes, para os quais timidez e evitação podem ser adequadas do ponto de vista do desenvolvimento.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Pode haver variação no grau com que grupos culturais e étnicos diferentes encaram o retraimento e a evitação como apropriados. Além disso, comportamento de evitação pode ser consequência de problemas na aculturação após a imigração.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno da personalidade evitativa parece ser igualmente frequente em ambos os sexos.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de ansiedade. Parece existir grande sobreposição entre transtorno da personalidade evitativa e transtorno de ansiedade social (fobia social), tanto que eles podem representar conceitos alternativos das mesmas condições ou de condições similares. A evitação também caracteriza tanto o transtorno da personalidade evitativa quanto a agorafobia, sendo que eles são frequentemente concomitantes.

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com transtorno da personalidade evitativa pelo fato de

apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade evitativa, todos podem ser diagnosticados. O transtorno da personalidade evitativa e o transtorno da personalidade dependente são caracterizados por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de garantias. Embora o foco principal de preocupação no transtorno da personalidade evitativa seja evitar humilhação e rejeição, no transtorno da personalidade dependente o foco é ser cuidado. Entretanto, os transtornos da personalidade evitativa e dependente são particularmente propensos a ocorrer de forma simultânea. Tal como o transtorno da personalidade evitativa, os transtornos da personalidade esquizoide e esquizotípica caracterizam-se por isolamento social. Contudo, os indivíduos com transtorno da personalidade evitativa desejam ter relacionamentos com outras pessoas e sentem sua solidão de forma profunda, ao passo que aqueles com os transtornos da personalidade esquizoide ou esquizotípica podem ficar satisfeitos e até preferir o isolamento social. Os transtornos da personalidade paranoide e evitativa são caracterizados pela relutância em confiar nos outros. No entanto, no transtorno da personalidade evitativa, essa relutância é atribuível mais ao medo de sentir vergonha ou de ser considerado inadequado do que ao medo de intenções maldosas de outras pessoas.

Muitos indivíduos demonstram traços da personalidade evitativa. Esses traços somente constituem o transtorno da personalidade evitativa quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade evitativa deve ser distinguido da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade evitativa também deve ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Transtorno da Personalidade Dependente

Critérios Diagnósticos **301.6 (F60.7)**

Uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldades em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento de outros.
2. Precisa que outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida.
3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (**Nota:** Não incluir os medos reais de retaliação.)
4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia).
5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo.
8. Tem preocupações irreais com medos de ser abandonado à própria sorte.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade dependente é uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego e a temores de separação. Esse padrão surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos. Os comportamentos de dependência e submissão formam-se com o intuito de conseguir cuidado e derivam de uma autopercepção de não ser capaz de funcionar adequadamente sem a ajuda de outros.

Indivíduos com o transtorno da personalidade dependente apresentam grande dificuldade em tomar decisões cotidianas (p. ex., a cor de camisa a vestir ou levar ou não o guarda-chuva) sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramentos oferecidos por outros (Critério 1). Esses indivíduos tendem a ser passivos e a permitir que outros (frequentemente apenas uma pessoa) tomem a iniciativa e assumam a responsabilidade pela maior parte das principais áreas de suas vidas (Critério 2). Adultos com o transtorno costumam depender de pai ou mãe ou cônjuge para decidir onde morar, o tipo de trabalho a realizar e os vizinhos com quem fazer amizade. Adolescentes com o transtorno podem permitir que seus pais decidam o que devem vestir, com quem fazer amizade, como usar o tempo livre e a escola ou universidade para onde ir. Essa necessidade de que outras pessoas assumam a responsabilidade vai além das solicitações de auxílio adequadas à idade ou à situação (p. ex., as necessidades específicas de crianças, idosos e pessoas deficientes). O transtorno da personalidade dependente pode ocorrer em um indivíduo que tenha uma condição ou incapacidade médica grave, mas nesses casos a dificuldade em assumir responsabilidade precisa ir além daquilo que estaria normalmente associado a essa condição ou incapacidade.

Como existe o receio de perder apoio ou aprovação, indivíduos com o transtorno da personalidade dependente frequentemente apresentam dificuldade em expressar discordância de outras pessoas, em especial daquelas de quem são dependentes (Critério 3). Eles se sentem tão incapazes de funcionar por conta própria que podem vir a concordar com coisas que consideram erradas apenas para não arriscar perder a ajuda daqueles que procuram para orientação. Não se enfurecem justificadamente com outros de cujo apoio e cuidados necessitam, por medo de se afastar deles. Se as preocupações do indivíduo relativas às consequências de expressar discordância forem realistas (p. ex., medos reais de punição de um cônjuge abusivo), o comportamento não deve ser considerado evidência de transtorno da personalidade dependente.

Indivíduos com esse transtorno apresentam dificuldades para iniciar projetos ou fazer coisas de forma independente (Critério 4). Carecem de autoconfiança e acham que precisam de ajuda para iniciar e finalizar tarefas. Podem vir a aguardar os outros para começar algo, pois pensam que, em regra, os outros podem fazer esse algo melhor. Esses indivíduos têm convicção de serem incapazes de funcionar independentemente e apresentam-se como incapazes e como se necessitassem de assistência constante. Entretanto, é provável que funcionem adequadamente caso tenham certeza de que outra pessoa estará supervisionando e aprovando seu trabalho. Pode haver receio de se tornar ou parecer mais competente, pois podem acreditar que isso levará ao abandono. Visto que contam com os outros para lidar com seus problemas, com frequência não aprendem as habilidades para uma vida independente, perpetuando, assim, a dependência.

Indivíduos com transtorno da personalidade dependente podem ir a extremos para conseguir cuidado e apoio de outros, a ponto até de voluntariar-se para tarefas desagradáveis caso esse comportamento possa proporcionar a atenção de que precisam (Critério 5). Estão dispostos a se submeter ao que os outros desejam, mesmo que as demandas não sejam razoáveis. Sua necessidade de manter um vínculo importante resultará frequentemente em relacionamentos desequilibrados ou distorcidos. Essas pessoas podem fazer sacrifícios extraordinários ou tolerar abuso verbal, físico ou sexual. (Deve-se observar que esse comportamento deve ser considerado evidência de transtorno da personalidade dependente apenas quando puder ser claramente estabelecido que existem outras opções para o indivíduo.) Pessoas com esse transtorno sentem-se desconfortáveis ou desamparadas quando sós devido aos temores exagerados de não serem capazes de cuidar de si mesmas (Critério 6). Vão se "grudar" a outros apenas para evitar a solidão, mesmo sem ter interesse ou envolvimento com o que está acontecendo.

Ao término de um relacionamento íntimo (p. ex., rompimento com companheiro afetivo, morte de cuidador), indivíduos com transtorno da personalidade dependente podem buscar urgente-

mente outro relacionamento para obter os cuidados e o apoio de que necessitam (Critério 7). Sua crença de que são incapazes de funcionar na ausência de um relacionamento íntimo motiva-os a tornarem-se rápida e indiscriminadamente apegados a outra pessoa. Com frequência preocupam-se com medos de serem abandonados à própria sorte (Critério 8). Veem-se como tão completamente dependentes dos conselhos e da ajuda de uma outra pessoa significativa que se preocupam com a possibilidade de serem abandonados por essa pessoa mesmo quando não há justificativa para esses temores. Para que sejam considerados evidência desse critério, os medos devem ser excessivos e irreais. Por exemplo, um idoso com câncer que se muda para a casa do filho para ser cuidado está demonstrando comportamento dependente adequado, consideradas suas circunstâncias de vida.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos com transtorno da personalidade dependente com frequência são caracterizados por pessimismo e autoquestionamentos, tendem a subestimar suas capacidades e seus aspectos positivos e podem constantemente referir a si mesmos como "estúpidos". Encaram críticas e desaprovação como prova de sua desvalia e perdem a fé em si mesmos. Podem buscar superproteção e dominação por parte dos outros. O funcionamento profissional pode ser prejudicado diante da necessidade de iniciativas independentes. Podem evitar cargos de responsabilidade e ficar ansiosos diante de decisões. As relações sociais tendem a ser limitadas àquelas poucas pessoas de quem o indivíduo é dependente. Pode haver risco aumentado de transtornos depressivos, de ansiedade e de adaptação. O transtorno da personalidade dependente costuma ser concomitante com outros transtornos da personalidade, especialmente *borderline*, evitativa e histriônica. Doença física crônica ou transtorno de ansiedade de separação na infância ou adolescência podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento desse transtorno.

Prevalência

Dados do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2001-2002 produziram uma estimativa da prevalência de transtorno da personalidade dependente de 0,49%. Com base em uma subamostra de probabilidades da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication*, a prevalência da personalidade dependente foi estimada em 0,6%.

Desenvolvimento e Curso

Esse diagnóstico deve ser usado com muita cautela, ou até não ser usado, em crianças e adolescentes, para os quais um comportamento dependente pode ser apropriado do ponto de vista do desenvolvimento.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O grau até o qual comportamentos dependentes são considerados apropriados varia substancialmente entre diferentes faixas etárias e grupos socioculturais. Idade e fatores culturais devem ser considerados na avaliação do limiar diagnóstico de cada critério. O comportamento dependente deve ser considerado característico do transtorno somente quando for claramente excessivo em relação às normas da cultura do indivíduo ou refletir preocupações não realistas. Ênfase na passividade, na educação e na deferência é característica de algumas sociedades e pode ser mal interpretada como traço do transtorno da personalidade dependente. De forma semelhante, as sociedades podem, de maneiras diferenciadas, fomentar e desencorajar comportamento dependente em indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Em contextos clínicos, o transtorno da personalidade dependente tem sido diagnosticado mais frequentemente no sexo feminino, embora alguns estudos relatem taxas similares de prevalência entre ambos os sexos .

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas. O transtorno da personalidade dependente deve ser distinguido da dependência decorrente de outros transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos, transtorno de pânico, agorafobia) e de outras condições médicas.

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o transtorno da personalidade dependente pelo fato de apresentarem alguns aspectos em comum. Assim, é importante distinguir entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que atendem a critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade dependente, todos podem ser diagnosticados. Embora muitos transtornos da personalidade sejam caracterizados por aspectos dependentes, o transtorno da personalidade dependente pode ser distinguido por seu comportamento predominantemente reativo, submisso e de apego. Tanto o transtorno da personalidade dependente quanto o da personalidade *borderline* caracterizam-se pelo medo do abandono; contudo, o indivíduo com transtorno da personalidade *borderline* reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, fúria e exigências, ao passo que aquele com transtorno da personalidade dependente reage com calma e submissão crescentes e busca urgentemente um relacionamento substituto que dê atenção e apoio. O transtorno da personalidade *borderline* pode ser ainda diferenciado do transtorno da personalidade dependente por um padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos. Indivíduos com transtorno da personalidade histriônica, assim como aqueles com transtorno da personalidade dependente, apresentam grande necessidade de reasseguramento e aprovação e podem parecer infantis e "grudentos". Diferentemente do transtorno da personalidade dependente, no entanto, o qual se caracteriza pelo retraimento e pelo comportamento dócil, o transtorno da personalidade histriônica se caracteriza pelo exibicionismo sociável com exigências ativas de atenção. Tanto o transtorno da personalidade dependente quanto o da personalidade evitativa caracterizam-se por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de reasseguramento; indivíduos com transtorno da personalidade evitativa, todavia, sentem tanto medo de humilhação e rejeição que se retraem até ter certeza da aceitação. Indivíduos com o transtorno da personalidade dependente, pelo contrário, apresentam um padrão de busca e manutenção dos laços com pessoas significativas, e não de evitação e de retirada dos relacionamentos.

Muitos indivíduos exibem traços da personalidade dependente. Esses traços somente constituem o transtorno da personalidade dependente quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade dependente deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade dependente deve também ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva

Critérios Diagnósticos **301.4 (F60.5)**

Um padrão difuso de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. É tão preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido.
2. Demonstra perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., não consegue completar um projeto porque seus padrões próprios demasiadamente rígidos não são atingidos).

3. É excessivamente dedicado ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (não explicado por uma óbvia necessidade financeira).
4. É excessivamente consciencioso, escrupuloso e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores (não explicado por identificação cultural ou religiosa).
5. É incapaz de descartar objetos usados ou sem valor mesmo quando não têm valor sentimental.
6. Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas a menos que elas se submetam à sua forma exata de fazer as coisas.
7. Adota um estilo miserável de gastos em relação a si e a outros; o dinheiro é visto como algo a ser acumulado para futuras catástrofes.
8. Exibe rigidez e teimosia.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva é uma preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência. Esse padrão surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva tentam manter uma sensação de controle por meio de atenção cuidadosa a regras, pequenos detalhes, procedimentos, listas, cronogramas ou forma a ponto de o objetivo principal da atividade ser perdido (Critério 1). São excessivamente cuidadosos e propensos à repetição, prestando extraordinária atenção aos detalhes e conferindo repetidas vezes na busca por possíveis erros. Esquecem o fato de que outras pessoas podem se incomodar muito com os atrasos e as inconveniências que resultam desse comportamento. Por exemplo, quando esses indivíduos esquecem onde colocaram uma lista de coisas a fazer, gastam tempo demais procurando a lista em vez de gastar alguns instantes refazendo-a de memória e passando à execução das tarefas. O tempo é mal alocado, e as tarefas mais importantes são deixadas por último. O perfeccionismo e os padrões elevados de desempenho autoimpostos causam disfunção e sofrimento significativo a esses indivíduos. Podem ficar de tal forma envolvidos em tornar cada detalhe de um projeto absolutamente perfeito que este jamais é concluído (Critério 2). Por exemplo, a conclusão de um relatório escrito é retardada por várias reescritas que tomam tempo, para tudo ficar aquém da "perfeição". Prazos não são atendidos, e aspectos da vida do indivíduo que não são o foco atual da atividade podem desorganizar-se.

Indivíduos com esse transtorno demonstram dedicação excessiva ao trabalho e à produtividade, a ponto de excluir atividades de lazer e amizades (Critério 3). Esse comportamento não é explicado por necessidade financeira. Com frequência sentem que não têm tempo para tirar uma tarde ou um fim de semana de folga para viajar ou apenas relaxar. Podem ficar postergando atividades agradáveis, como as férias, de modo que elas podem jamais ocorrer. Quando realmente dedicam algum tempo para lazer ou férias, sentem-se bastante desconfortáveis, a não ser que tenham consigo algum tipo de trabalho de modo a não "desperdiçarem tempo". Pode haver muita concentração em tarefas domiciliares (p. ex., limpeza excessiva e repetida a ponto de "poder comer direto do chão"). Quando ficam algum tempo com os amigos, é provável que seja em algum tipo de atividade formalmente organizada (p. ex., esportes). Passatempos e atividades de recreação são levadas como tarefas sérias que exigem organização criteriosa e trabalho duro para serem dominadas. A ênfase recai sobre o desempenho perfeito. Esses indivíduos transformam o jogo e brincadeiras em tarefas estruturadas (p. ex., corrigindo um bebê que não põe os círculos em um cilindro de madeira na ordem correta; dizendo a uma criança para andar de triciclo em linha reta; transformando um esporte qualquer em uma "lição" severa).

Indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva podem ser excessivamente conscienciosos, escrupulosos e inflexíveis acerca de assuntos de moralidade, ética ou valores (Critério 4). Podem obrigar-se e obrigar os outros a seguir princípios morais rígidos e padrões muito austeros de desempenho. Podem, ainda, ser críticos impiedosos em relação aos próprios erros. Indivíduos com esse transtorno respeitam autoridade e regras com extrema consideração e insistem em obedecer às regras de forma bastante literal e inflexível. Por exemplo, o indivíduo não irá emprestar uma moeda a um amigo que precisa dela para um telefonema porque ele mesmo

não é "do tipo que pede emprestado ou empresta" ou porque seria ruim para o caráter da pessoa. Essas características não devem ser explicadas por identificação cultural ou religiosa do indivíduo.

Indivíduos com esse transtorno podem ser incapazes de descartar objetos usados ou sem valor, mesmo na ausência de valor sentimental (Critério 5). Frequentemente admitem ser acumuladores. Consideram o descarte de objetos um desperdício, pois "nunca se sabe quando poderá precisar de alguma coisa" e ficam incomodados se alguém tenta se livrar de coisas que eles guardaram. Seus cônjuges ou parceiros podem se queixar da quantidade de espaço ocupado por peças e revistas antigas, aparelhos estragados e assim por diante.

Essas pessoas relutam em delegar tarefas ou em trabalhar em conjunto (Critério 6). De maneira teimosa e injustificada, insistem que tudo precisa ser feito a seu modo e que as pessoas têm de se conformar com sua maneira de fazer as coisas. Com frequência dão instruções bastante detalhadas sobre como tudo deve ser feito (p. ex., só há uma forma de cortar a grama, lavar os pratos, construir uma casa para o cachorro) e ficam surpresos e irritados quando outros sugerem alternativas criativas. Em outras ocasiões, podem rejeitar ofertas de ajuda mesmo quando atrasados no cronograma, pois consideram que ninguém pode fazer as coisas tão bem quanto eles mesmos.

Indivíduos com esse transtorno podem ser miseráveis e mesquinhos e manter um padrão de vida bastante inferior ao que podem sustentar, acreditando que os gastos devem ser rigidamente controlados para garantir sustento em catástrofes futuras (Critério 7). O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva caracteriza-se por rigidez e teimosia (Critério 8). Indivíduos com o transtorno estão tão preocupados em realizar as tarefas da única maneira "certa" que enfrentam dificuldades para concordar com as ideias de qualquer outra pessoa. Planejam o futuro nos mínimos detalhes e não se dispõem a avaliar possíveis mudanças. Completamente envolvidos pela própria perspectiva, têm dificuldade de reconhecer os pontos de vista dos outros. Amigos e colegas podem se frustrar por essa rigidez constante. Mesmo quando reconhecem que ceder pode ser interessante para eles mesmos, podem de forma teimosa recusar-se a isso alegando ser este "o princípio da coisa".

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Quando regras e procedimentos estabelecidos não ditam a resposta correta, tomar uma decisão pode se tornar um processo demorado e desgastante. Indivíduos com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva podem ter tanta dificuldade para decidir as tarefas às quais dar prioridade ou qual a melhor maneira de fazer alguma tarefa específica que podem jamais começar o que quer que seja. Têm propensão ao aborrecimento ou à raiva em situações nas quais não conseguem manter controle do seu ambiente físico ou interpessoal, embora a raiva não costume ser manifestada de forma direta. Por exemplo, o indivíduo pode ficar irritado diante de um serviço insatisfatório em um restaurante, mas, em vez de queixar-se ao gerente, fica ruminando sobre quanto dar de gorjeta. Em outras ocasiões, a raiva pode ser expressa por meio de indignação em relação a um assunto aparentemente insignificante. Indivíduos com esse transtorno podem dar atenção especial a seu estado relativo nas relações de domínio-submissão e podem exibir deferência excessiva a uma autoridade que respeitam e resistência excessiva a uma que não respeitam.

Indivíduos com esse transtorno geralmente manifestam afeto de forma altamente controlada ou artificial e podem sentir grande desconforto na presença de outros que se expressam com emoção. As relações cotidianas são sérias e formais, e eles podem parecer sisudos em situações em que outros sorririam e ficariam alegres (p. ex., saudar um namorado no aeroporto). Eles se contêm cuidadosamente até estarem certos de que o que dirão será perfeito. Podem se preocupar com a lógica e com o intelecto e ser intolerantes ao comportamento afetivo dos outros. Com frequência apresentam dificuldades de expressar sentimentos amorosos e raramente fazem elogios. Indivíduos com esse transtorno podem ter dificuldades e sofrimento no trabalho, sobretudo quando confrontados com novas situações que exijam flexibilidade e transigência.

Indivíduos com transtornos de ansiedade, inclusive transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social (fobia social) e fobias específicas, bem como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), têm probabilidade aumentada de apresentar uma perturbação da persona-

lidade que atenda aos critérios do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva. Mesmo assim, parece que a maioria das pessoas com TOC não apresenta um padrão de comportamento que atenda aos critérios para esse transtorno da personalidade. Muitas das características do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva sobrepõem-se às características de personalidade "tipo A" (p. ex., preocupação com o trabalho, competitividade, urgência temporal), e estas podem estar presentes em pessoas com risco de infarto do miocárdio. Pode haver associação entre transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e transtornos bipolar e depressivo e transtornos alimentares.

Prevalência

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva é um dos transtornos da personalidade mais prevalentes na população em geral, com prevalência estimada entre 2,1 e 7,9%.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Ao avaliar uma pessoa em relação a transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, o clínico não deve incluir aqueles comportamentos que refletem hábitos, costumes ou estilos interpessoais que são culturalmente aceitos pelo grupo de referência do indivíduo. Algumas culturas dão muita ênfase ao trabalho e à produtividade; os comportamentos resultantes nos membros dessas sociedades não devem ser considerados indicadores de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Em estudos sistemáticos, o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva parece ser diagnosticado cerca de duas vezes mais em indivíduos do sexo masculino.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno obsessivo-compulsivo. Apesar dos nomes semelhantes, o transtorno obsessivo-compulsivo costuma ser distinguido do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva pela presença, no primeiro, de obsessões e compulsões verdadeiras. Quando atendidos os critérios para transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, ambos devem ser registrados.

Transtorno de acumulação. Um diagnóstico de transtorno de acumulação deve ser especialmente cogitado quando a acumulação é extrema (p. ex., pilhas de objetos sem valor acumulados representam perigo de incêndio e dificultam que outras pessoas transitem pela casa). Quando atendidos os critérios para transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e transtorno de acumulação, ambos devem ser registrados.

Outros transtornos da personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos da personalidade podem ser confundidos com o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva pelo fato de apresentarem aspectos em comum. Assim, é importante fazer a distinção entre esses transtornos com base nas diferenças em seus aspectos característicos. Entretanto, se um indivíduo apresenta características de personalidade que satisfazem critérios para um ou mais de um transtorno da personalidade além do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno da personalidade narcisista podem também professar compromisso com o perfeccionismo e acreditar que os outros não fazem bem as coisas, mas estão mais propensos a achar que atingiram a perfeição, ao passo que aqueles com o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva costumam ser autocríticos. Indivíduos com o transtorno da personalidade narcisista ou antissocial carecem de generosidade, mas pouparão a si mesmos desse padrão, enquanto aqueles com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva adotam um estilo miserável de gastos para si e para os outros. Tanto o transtorno da perso-

nalidade esquizoide quanto o da personalidade obsessivo-compulsiva podem ser caracterizados por formalidade e distanciamento social aparentes. Neste último, isso se origina do desconforto com as emoções e da dedicação excessiva ao trabalho; já no transtorno da personalidade esquizoide, existe ausência fundamental de capacidade para a intimidade.

Quando moderados, traços da personalidade obsessivo-compulsiva podem ser especialmente adaptativos, sobretudo em situações que recompensam alto desempenho. Esses traços somente constituem o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional e sofrimento subjetivo significativos.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva deve ser distinguido da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são atribuíveis aos efeitos de outra condição médica no sistema nervoso central.

Transtornos por uso de substância. O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva deve ser também distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substância.

Outros Transtornos da Personalidade

Mudança de Personalidade Devido a Outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos **310.1 (F07.0)**

A. Uma perturbação persistente da personalidade que representa uma mudança do padrão característico prévio da personalidade do indivíduo.

   Nota: Em crianças, a perturbação envolve um desvio acentuado do desenvolvimento normal ou uma mudança significativa nos padrões habituais de comportamento da criança, com duração de pelo menos um ano.

B. Há evidência, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
C. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (incluindo outro transtorno mental devido a outra condição médica).
D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*.
E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Determinar o subtipo:

Tipo lábil: Quando o aspecto predominante é labilidade afetiva.
Tipo desinibido: Quando o aspecto predominante é controle deficiente dos impulsos conforme evidenciado por indiscrições sexuais, etc.
Tipo agressivo: Quando o aspecto predominante é comportamento agressivo.
Tipo apático: Quando o aspecto predominante é apatia e indiferença marcantes.
Tipo paranoide: Quando o aspecto predominante é desconfiança ou ideação paranoide.
Outro tipo: Quando a apresentação não se caracteriza por nenhum dos subtipos anteriores.
Tipo combinado: Quando mais de um aspecto predomina no quadro clínico.
Tipo não especificado

Nota para codificação: Incluir o nome da outra condição médica (p. ex., 310.1 [F07.0] mudança de personalidade devido a epilepsia do lobo temporal). A outra condição médica deve ser codificada e listada em separado imediatamente antes do transtorno da personalidade devido a outra condição médica (p. ex., 345.40 [G40.209] epilepsia do lobo temporal; 310.1 [F07.0] mudança de personalidade devido a epilepsia do lobo temporal).

Subtipos

A mudança de personalidade em questão pode ser especificada por meio da indicação da apresentação sintomática que predomina na apresentação clínica.

Características Diagnósticas

A característica essencial de mudança de personalidade devido a outra condição médica é uma perturbação persistente da personalidade que é considerada decorrente dos efeitos fisiopatológicos diretos de uma condição médica. Essa perturbação da personalidade representa uma mudança em relação ao padrão de personalidade característico prévio do indivíduo. Em crianças, essa condição pode se manifestar mais como um desvio acentuado do desenvolvimento normal do que como uma mudança no padrão estável de personalidade (Critério A). Pode haver evidência, a partir da história, do exame físico e dos achados laboratoriais, de que a mudança de personalidade é a consequência fisiológica direta de outra condição médica (Critério B). O diagnóstico não é feito quando a perturbação é mais bem explicada por outro transtorno mental (Critério C). Não é feito também o diagnóstico se a perturbação ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium* (Critério D). A perturbação deve, ainda, causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).

Manifestações comuns da mudança de personalidade incluem instabilidade afetiva, controle deficiente de impulsos, explosões de agressão ou fúria grosseiramente desproporcionais em relação a qualquer estressor psicossocial desencadeante, apatia acentuada, desconfiança ou ideias paranoides. A fenomenologia da mudança é indicada usando-se os subtipos listados no conjunto de critérios. Um indivíduo com o transtorno costuma ser caracterizado pelos outros como "não sendo ele". Ainda que partilhe o termo "personalidade" com os demais transtornos da personalidade, esse diagnóstico é distinto em razão de sua etiologia específica, fenomenologia diferente e surgimento e curso mais variáveis.

A apresentação clínica em determinado indivíduo pode depender da natureza e da localização do processo patológico. Por exemplo, lesão de lobos frontais pode desencadear sintomas como falta de julgamento ou previsão, jocosidade, desinibição e euforia. Acidentes vasculares cerebrais no hemisfério direito já demonstraram evocar mudanças de personalidade associadas a negligência espacial unilateral, anosognosia (i.e., incapacidade do indivíduo de reconhecer um déficit corporal ou funcional, como a existência de hemiparesia), impersistência motora e outros déficits neurológicos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Várias condições neurológicas e outras condições médicas podem causar mudanças de personalidade, inclusive neoplasias do sistema nervoso central, traumatismo cranioencefálico, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, doenças infecciosas com envolvimento do sistema nervoso central (p. ex., HIV), doenças endócrinas (p. ex., hipotireoidismo, hipo e hiperadrenocorticismo) e doenças autoimunes com envolvimento do sistema nervoso central (p. ex., lúpus eritematoso sistêmico). Os achados associados do exame físico, dos exames laboratoriais e os padrões de prevalência e início refletem aqueles da condição neurológica ou da outra condição médica envolvida.

Diagnóstico Diferencial

Condições médicas crônicas associadas a dor e incapacidade. Condições médicas crônicas associadas a dor e incapacidade podem estar também associadas a mudanças na personalidade. O diagnóstico de mudança de personalidade devido a outra condição médica é feito apenas quando pode ser estabelecido um mecanismo fisiopatológico direto. O diagnóstico não é feito quando a mudança é decorrente de uma adaptação comportamental ou psicológica ou de uma resposta a outra condição médica (p. ex., comportamentos dependentes que resultam da necessidade da assistência de outros após traumatismo cranioencefálico grave, doença cardiovascular ou demência).

***Delirium* ou transtorno neurocognitivo maior.** Mudança de personalidade é uma característica frequentemente associada a *delirium* ou transtorno neurocognitivo maior. Um diagnóstico

separado de mudança de personalidade devido a outra condição médica não é feito quando a mudança ocorre exclusivamente durante o curso de *delirium*. Pode ser feito, entretanto, em acréscimo ao diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior quando a mudança de personalidade é parte destacada da apresentação clínica.

Outro transtorno mental em razão de outra condição médica. O diagnóstico de mudança de personalidade devido a outra condição médica não é feito quando a perturbação é mais bem explicada por outro transtorno mental devido a outra condição médica (p. ex., transtorno depressivo devido a tumor cerebral).

Transtornos por uso de substância. Mudanças de personalidade também podem ocorrer no contexto de transtornos por uso de substância, em especial quando de longa duração. O clínico deve questionar cuidadosamente a natureza e a duração do uso de substância. Quando o clínico deseja indicar uma relação etiológica entre a mudança de personalidade e o uso de substância, pode ser usada a categoria não especificada para o uso de substância (p. ex., transtorno relacionado a estimulantes não especificado).

Outros transtornos mentais. Mudanças acentuadas de personalidade também podem ser uma característica associada de outros transtornos mentais (p. ex., esquizofrenia, transtorno delirante, transtornos depressivo e bipolar, outro comportamento disruptivo especificado ou não especificado, transtorno do controle de impulsos e da conduta, transtorno de pânico). Nesses transtornos, porém, nenhum fator fisiológico específico é considerado como tendo relação etiológica com a mudança de personalidade.

Outros transtornos da personalidade. Mudança de personalidade devido a outra condição médica pode ser distinguida de um transtorno da personalidade pela exigência de uma mudança clinicamente significativa a partir do funcionamento de base da personalidade e da presença de uma condição médica etiológica específica.

Outro Transtorno da Personalidade Especificado

301.89 (F60.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno da personalidade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satifazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos da personalidade. A categoria outro transtorno da personalidade especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno da personalidade específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno da personalidade especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "características mistas de personalidade").

Transtorno da Personalidade Não Especificado

301.9 (F60.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno da personalidade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos da personalidade. A categoria transtorno da personalidade não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno da personalidade específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Transtornos Parafílicos

Os transtornos parafílicos inclusos neste Manual são: transtorno voyeurista (espiar outras pessoas em atividades privadas), transtorno exibicionista (expor os genitais), transtorno frotteurista (tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consentiu), transtorno do masoquismo sexual (passar por humilhação, submissão ou sofrimento), transtorno do sadismo sexual (infligir humilhação, submissão ou sofrimento), transtorno pedofílico (foco sexual em crianças), transtorno fetichista (usar objetos inanimados ou ter um foco altamente específico em partes não genitais do corpo) e transtorno transvéstico (vestir roupas do sexo oposto visando excitação sexual). Esses transtornos têm sido tradicionalmente selecionados para serem listados e terem seus critérios diagnósticos explícitos apontados no DSM por duas razões principais: são relativamente comuns em comparação com outros transtornos parafílicos e alguns deles implicam ações para sua satisfação que, devido à característica nociva e ao dano potencial a outros, são classificadas como delitos criminais. Os oito transtornos listados não esgotam a lista de possíveis transtornos parafílicos. Muitas parafilias distintas foram identificadas e nomeadas, e quase todas poderiam, em virtude de suas consequências negativas para o indivíduo e para outras pessoas, chegar ao nível de um transtorno parafílico. Os diagnósticos outro transtorno parafílico especificado e transtorno parafílico não especificado são, portanto, indispensáveis e necessários em vários casos.

Neste capítulo, a ordem de apresentação dos transtornos parafílicos listados corresponde, em geral, a esquemas comuns de classificação para essas condições. O primeiro grupo de transtornos baseia-se em *preferências por atividades anormais*. Esses transtornos são subdivididos em *transtornos do namoro,* os quais se assemelham a componentes distorcidos do comportamento de namoro (transtornos voyeurista, exibicionista e frotteurista), e *transtornos da algolagnia*, os quais envolvem dor e sofrimento (transtornos do masoquismo sexual e do sadismo sexual). O segundo grupo de transtornos baseia-se em *preferências por alvo anômalo*. Esses transtornos incluem um que tem como alvo outros seres humanos (transtorno pedofílico) e dois que têm outros alvos (transtornos fetichista e transvéstico).

O termo *parafilia* representa qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física. Em certas circunstâncias, o critério "intenso e persistente" pode ser de difícil aplicação, como na avaliação de pessoas muito idosas ou clinicamente doentes e que podem não ter interesses sexuais "intensos" de qualquer espécie. Nesses casos, o termo *parafilia* pode ser definido como qualquer interesse sexual maior ou igual a interesses sexuais normofílicos. Existem, ainda, parafilias específicas que são geralmente mais bem descritas como interesses sexuais *preferenciais* do que como interesses sexuais intensos.

Algumas parafilias envolvem principalmente as atividades eróticas do indivíduo; outras têm a ver sobretudo com seus alvos eróticos. Exemplos das primeiras incluem interesses intensos e persistentes em espancar, chicotear, cortar, amarrar ou estrangular outra pessoa, ou um interesse por essas atividades que seja igual ou maior do que o interesse do indivíduo em copular ou em interagir de forma equivalente com outra pessoa. Exemplos das demais incluem interesse sexual intenso ou preferencial por crianças, cadáveres ou amputados (como classe), bem como interesse intenso ou preferencial por animais, como cavalos ou cães, ou por objetos inanimados, como sapatos ou artigos de borracha.

Um *transtorno parafílico* é uma parafilia que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros. Uma parafilia é condição necessária, mas não suficiente, para que se tenha um transtorno parafílico, e uma parafilia por si só não necessariamente justifica ou requer intervenção clínica.

No conjunto de critérios diagnósticos para cada transtorno parafílico listado, o Critério A especifica a natureza qualitativa da parafilia (p. ex., foco erótico em crianças ou em expor a genitália a estranhos), e o Critério B especifica suas consequências negativas (i.e., sofrimento, prejuízo ou dano a outros). Para manter a distinção entre parafilias e transtornos parafílicos, o termo *diagnóstico* deve ser reservado a indivíduos que atendam aos Critérios A e B (i.e., indivíduos que têm um transtorno parafílico). Se um indivíduo atende ao Critério A mas não ao Critério B para determinada parafilia – circunstância esta que pode surgir quando uma parafilia benigna é descoberta durante a investigação clínica de alguma outra condição –, pode-se dizer, então, que ele tem aquela parafilia, mas não um transtorno parafílico.

Não é raro um indivíduo manifestar duas ou mais parafilias. Em alguns casos, os focos parafílicos têm relação próxima, e a conexão entre eles é intuitivamente compreensível (p. ex., fetichismo com os pés e com sapatos). Em outros casos, a conexão entre as parafilias não é óbvia, e a presença de múltiplas parafilias pode ser coincidência ou ter relação com alguma vulnerabilidade generalizada a anomalias do desenvolvimento psicossexual. Seja qual for a condição, diagnósticos comórbidos de transtornos parafílicos distintos podem ser feitos quando mais de uma parafilia causa sofrimento ao indivíduo ou dano a outros.

Em decorrência da natureza bipartida do diagnóstico de transtornos parafílicos, escalas aplicadas pelo clínico ou autoaplicadas e avaliações da gravidade podem abordar tanto a intensidade da parafilia em si quanto a gravidade de suas consequências. Embora o sofrimento e o prejuízo estipulados no Critério B sejam específicos por representar a consequência imediata ou final da parafilia, e não a consequência de algum outro fator, os fenômenos de depressão reativa, ansiedade, culpa, história profissional insatisfatória, relações sociais perturbadas e assim por diante podem ter outras origens e ser quantificados com medidas polivalentes de funcionamento psicossocial ou qualidade de vida.

O sistema mais amplamente aplicável para avaliar a intensidade de uma parafilia é aquele em que as fantasias, instintos ou comportamentos sexuais parafílicos dos indivíduos examinados são avaliados em comparação com seus interesses e comportamentos sexuais normofílicos. Em uma entrevista clínica ou em questionários autoaplicados, pode-se perguntar aos indivíduos examinados se suas fantasias, seus instintos ou seus comportamentos sexuais parafílicos são mais fracos, iguais ou mais fortes do que seus interesses e comportamentos sexuais normofílicos. Esse mesmo tipo de comparação pode ser, e geralmente é, empregado em medidas psicofisiológicas do interesse sexual, como a pletismografia peniana no sexo masculino ou o tempo de visualização em ambos os sexos.

Transtorno Voyeurista

Critérios Diagnósticos **302.82 (F65.3)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa ao observar uma pessoa que ignora estar sendo observada e que está nua, despindo-se ou em meio a atividade sexual, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O indivíduo que se excita e/ou coloca em prática os impulsos tem, no mínimo, 18 anos de idade.

Especificar se*:*

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamento voyeurístico são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Especificadores

O especificador "em remissão completa" não trata da presença ou ausência continuada do voyeurismo por si só, o qual pode ainda estar presente após a remissão dos comportamentos e do sofrimento.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para o transtorno voyeurista podem ser aplicados tanto a indivíduos que revelam de forma mais ou menos aberta esse interesse parafílico quanto àqueles que categoricamente negam qualquer excitação sexual decorrente da observação de pessoa que ignora estar sendo observada e que está nua, despindo-se ou em meio a atividade sexual, apesar de evidências objetivas substanciais do contrário. Se indivíduos que revelam o interesse também relatam sofrimento ou problemas psicossociais devido a suas preferências sexuais voyeuristas, eles podem ser diagnosticados com transtorno voyeurista. No entanto, se eles não relatam sofrimento, o que fica provado pela ausência de ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha acerca desses impulsos parafílicos, e não apresentam prejuízo em outras áreas importantes do funcionamento devido a esse interesse sexual, além de suas histórias psiquiátricas ou legais indicarem que não colocam tal interesse em prática, pode-se dizer que esses indivíduos têm interesse sexual voyeurista, mas *não* se deve diagnosticá-los com o transtorno.

Indivíduos não confessos incluem, por exemplo, aqueles que sabidamente espionam repetidas vezes pessoas que ignoram estar sendo observadas e que estão nuas ou envolvidas em atividade sexual, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias referentes a tal comportamento sexual e que podem relatar que esses episódios conhecidos de observação de pessoas nuas ou em atividade sexual foram todos acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de observação de pessoas nuas ou em atividade sexual que ignoram estar sendo observadas, mas contestar qualquer interesse sexual significativo ou contínuo nesse comportamento. Visto que esses indivíduos negam ter fantasias ou impulsos de observar outras pessoas nuas ou em atividade sexual, eles também rejeitam sentir sofrimento subjetivo ou prejuízo social por tais impulsos. Apesar de sua atitude de não revelação, tais indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno voyeurista. Comportamento voyeurista recorrente constitui respaldo suficiente para voyeurismo (por atender ao Critério A) e, simultaneamente, demonstra que esse comportamento de motivação parafílica está causando dano a outros indivíduos (por atender ao Critério B).

Espionar de forma "recorrente" pessoas que ignoram estar sendo observadas e que estão nuas ou envolvidas em atividade sexual (i.e., múltiplas vítimas, cada uma delas em uma ocasião distinta) pode, via de regra, ser interpretado como a presença de três ou mais vítimas em ocasiões distintas. A existência de menos vítimas pode ser interpretada como atendendo a esse critério caso tenha havido múltiplas ocasiões de observação da mesma vítima ou caso existam evidências que corroborem um interesse distinto ou preferencial na observação secreta de pessoas nuas ou em atividade sexual que ignoram estar sendo observadas. Deve-se ressaltar que vítimas múltiplas, conforme sugerido, representam condição suficiente, embora não necessária, para o diagnóstico; os critérios podem ser também atendidos se o indivíduo admite interesse sexual voyeurista intenso.

O período de tempo do Critério A, que indica que os sinais ou sintomas de voyeurismo devem ter persistido pelo menos por seis meses, deve também ser entendido como uma orientação genérica, e não um limite rígido, de modo a assegurar que o interesse sexual na observação secreta de pessoas que ignoram estar sendo observadas e que estejam nuas ou em atividade sexual não seja meramente transitório.

A adolescência e a puberdade costumam aumentar a curiosidade e a atividade sexuais. Para reduzir o risco de patologização do interesse e comportamento sexuais normais durante a adolescência puberal, a idade mínima para o diagnóstico do transtorno voyeurista é 18 anos (Critério C).

Prevalência

Atos voyeuristas são os mais comuns entre os comportamentos sexuais com potencial de desrespeito às leis. A prevalência do transtorno na população é desconhecida. No entanto, com base em

atos sexuais de voyeurismo em amostras não clínicas, a prevalência mais alta possível durante a vida para o transtorno é de aproximadamente 12% no sexo feminino e 4% no feminino.

Desenvolvimento e Curso

Em geral é durante a adolescência que indivíduos do sexo masculino com transtorno voyeurista costumam se dar conta, pela primeira vez, de seu interesse sexual por observar secretamente pessoas que ignoram estar sendo observadas. A idade mínima, entretanto, para um diagnóstico de transtorno voyeurista é 18 anos, pois existe grande dificuldade em diferenciar esse transtorno da curiosidade e de atividade sexuais relacionadas à puberdade e adequadas à idade. A persistência do voyeurismo com o passar do tempo não está clara. O transtorno, no entanto, por definição exige um ou mais de um fator contribuinte que pode mudar com o tempo, com ou sem tratamento: sofrimento subjetivo (p. ex., culpa, vergonha, frustração sexual intensa, solidão), doença psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual, prejuízo psicossocial e/ou a propensão para agir sexualmente, espionando pessoas nuas ou em atividade sexual que ignoram estar sendo observadas. Assim, o curso do transtorno voyeurista pode variar com a idade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O voyeurismo é precondição necessária para o transtorno voyeurista; assim, os fatores de risco para voyeurismo devem também aumentar a taxa do transtorno voyeurista.

Ambientais. Abuso sexual na infância, abuso de substâncias e preocupação sexual/hipersexualidade foram sugeridos como fatores de risco, embora a relação causal para voyeurismo seja incerta, e a especificidade, indefinida.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno voyeurista é bastante raro em indivíduos do sexo feminino em contextos clínicos, ao passo que a proporção entre os sexos masculino e feminino para atos isolados de voyeurismo sexualmente excitantes pode ser de 3:1.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno da conduta e transtorno da personalidade antissocial. O transtorno da conduta em adolescentes e o transtorno da personalidade antissocial são caracterizados por comportamentos adicionais antissociais e contra as normas, e o interesse sexual específico de observar secretamente pessoas que ignoram estar sendo observadas e que estão nuas ou envolvidas em atividade sexual deve estar ausente.

Transtornos por uso de substância. Os transtornos por uso de substância podem envolver episódios voyeuristas isolados por indivíduos intoxicados, mas não devem envolver o interesse sexual típico em observar secretamente pessoas nuas ou envolvidas em atividade sexual que ignoram estar sendo observadas. Assim, fantasias, impulsos e comportamentos sexuais voyeuristas recorrentes que ocorrem também quando o indivíduo não está intoxicado sugerem possível presença de transtorno voyeurista.

Comorbidade

Comorbidades conhecidas no transtorno voyeurista baseiam-se amplamente em pesquisas com homens suspeitos de ou condenados por atos envolvendo a observação secreta de pessoas nuas ou em atividade sexual que ignoram estar sendo observadas. Assim, essas comorbidades podem não se aplicar a todos os indivíduos com o transtorno. As condições que ocorrem como comórbidas com o transtorno incluem hipersexualidade e outros transtornos parafílicos, particularmente o transtorno exibicionista. Os transtornos depressivo, bipolar, de ansiedade, por uso de substância, de déficit de atenção/hiperatividade, da conduta e da personalidade antissocial são também condições comórbidas frequentes.

Transtorno Exibicionista

Critérios Diagnósticos **302.4 (F65.2)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa decorrente da exposição dos próprios genitais a uma pessoa que não espera o fato, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Determinar o subtipo:

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes
Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a indivíduos fisicamente maduros
Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a indivíduos fisicamente maduros

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de exposição da própria genitália são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Subtipos

Os subtipos do transtorno exibicionista baseiam-se na idade e na maturidade física dos indivíduos que não consentem a quem o indivíduo prefere expor a genitália. Os que não consentem podem ser crianças pré-púberes, adultos ou ambos. Esse especificador deve ajudar a focar atenção adequada em características de vítimas de indivíduos com o transtorno exibicionista para evitar que um transtorno pedofílico concomitante passe despercebido. No entanto, indicações de que o indivíduo com transtorno exibicionista excita-se sexualmente ao expor sua genitália a crianças não devem excluir um diagnóstico de transtorno pedofílico.

Especificadores

O especificador "em remissão completa" não se refere à presença ou à ausência continuada de exibicionismo por si só, o qual pode ainda estar presente após a remissão de comportamentos e sofrimento.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno exibicionista podem ser aplicados tanto a indivíduos que mais ou menos abertamente revelam essa parafilia quanto àqueles que negam categoricamente qualquer atrativo sexual em expor os genitais a pessoas que não esperam o fato, apesar de evidências objetivas substanciais do contrário. Se indivíduos que revelam seus interesses também relatam dificuldades psicossociais em razão de suas atrações ou preferências sexuais por expor, eles podem ser diagnosticados com transtorno exibicionista. Diferentemente, se declaram ausência de sofrimento (exemplificada por ausência de ansiedade, obsessões e culpa ou vergonha acerca desses impulsos parafílicos), não apresentam prejuízos em outras áreas importantes do funcionamento, e se suas histórias psiquiátricas ou legais indicam que não colocam em prática esses interesses sexuais, tais indivíduos podem ser caracterizados como tendo interesse sexual exibicionista, mas *não* podem ser diagnosticados com o transtorno.

Exemplos de indivíduos que não relevam seus interesses incluem aqueles que se expõem repetidas vezes a pessoas que não esperam o fato em ocasiões distintas, mas que negam impulsos

ou fantasias sobre tal comportamento sexual e informam que os episódios conhecidos de exposição foram todos acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de comportamento sexual envolvendo exposição genital, mas refutar qualquer interesse sexual significativo ou contínuo em comportamentos do tipo. Como esses indivíduos negam ter impulsos ou fantasias que envolvem a exposição da genitália, acabam também negando sentimentos de sofrimento subjetivo ou prejuízo social em decorrência de tais impulsos. Essas pessoas podem ser diagnosticadas com o transtorno exibicionista apesar do autorrelato negativo. Comportamento exibicionista recorrente constitui respaldo suficiente para exibicionismo (Critério A) e simultaneamente representa que esse comportamento com motivação parafílica está causando dano a outros (Critério B).

Exposição genital "recorrente" a outros que não esperam o fato (i.e., múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião distinta) pode, via de regra, ser interpretada como a presença de três vítimas ou mais em ocasiões distintas. Menos vítimas é um dado que pode ser interpretado como atendendo a esse critério caso tenha havido múltiplas ocasiões de exposição à mesma vítima ou caso haja evidências corroborativas de um interesse forte ou preferencial em expor os genitais a pessoas que não esperam o fato. Deve-se ressaltar que vítimas múltiplas, conforme sugerido anteriormente, constituem condição suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico, já que os critérios podem ser atendidos pelo reconhecimento do indivíduo de um interesse sexual exibicionista intenso com sofrimento e/ou prejuízo.

O período de tempo do Critério A, que indica que os sinais e sintomas exibicionistas devem ter persistido por pelo menos seis meses, deve também ser entendido como uma orientação geral, e não um limite rígido, de modo a assegurar que o interesse sexual em expor os próprios genitais a outros que não esperam o fato não é meramente transitório. Isso pode ser expresso por evidências claras de comportamentos ou sofrimento repetidos por um período não transitório inferior a seis meses.

Prevalência

É desconhecida a prevalência do transtorno exibicionista. Entretanto, com base em atos sexuais exibicionistas na população em geral ou em amostras não clínicas, a prevalência mais alta possível do transtorno em indivíduos do sexo masculino é de 2 a 4%. A prevalência do transtorno no sexo feminino é ainda mais incerta, mas se acredita que seja muito mais baixa do que no masculino.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com o transtorno exibicionista frequentemente relatam que se tornaram conscientes pela primeira vez do interesse sexual em expor a genitália a pessoas que não esperam o fato durante a adolescência ou mais tarde em comparação com o período típico do desenvolvimento do interesse sexual normal em mulheres ou homens. Embora não exista idade mínima exigida para o diagnóstico de transtorno exibicionista, pode ser difícil diferenciar comportamentos exibicionistas de curiosidade sexual adequada à idade em adolescentes. Impulsos exibicionistas parecem surgir na adolescência ou no início da vida adulta, mas se sabe muito pouco sobre sua persistência ao longo do tempo. Por definição, o transtorno exibicionista exige um ou mais de um fator contribuinte, o qual pode mudar com o tempo, com ou sem tratamento: sofrimento subjetivo (p. ex., culpa, vergonha, frustração sexual intensa, solidão), doença psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual, prejuízo psicossocial e/ou a propensão a atos sexuais de exposição da genitália a pessoas que não esperam o fato. Assim, o curso de um transtorno exibicionista pode variar com a idade. Da mesma forma que outras preferências sexuais, o avanço da idade pode estar associado à redução das preferências e do comportamento sexual exibicionista.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Visto que o exibicionismo é uma precondição necessária para o transtorno exibicionista, os fatores de risco para exibicionismo devem também aumentar a taxa de transtorno exibicionista. História antissocial, transtorno da personalidade antissocial, abuso de álcool e preferência sexual pedofílica podem aumentar o risco de recidiva sexual nos indivíduos exibicio-

nistas. Assim, transtorno da personalidade antissocial, transtorno por uso de álcool e interesse pedofílico podem ser considerados fatores de risco para transtorno exibicionista em indivíduos do sexo masculino com preferências sexuais exibicionistas.

Ambientais. Abuso sexual e emocional e preocupação sexual e hipersexualidade na infância foram sugeridos como fatores de risco para o exibicionismo, embora a relação causal entre eles seja incerta, e a especificidade, ainda não esclarecida.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O transtorno exibicionista é bastante incomum no sexo feminino, ao passo que atos exibicionistas sexualmente excitantes isolados podem ocorrer em mulheres com uma frequência equivalente à metade da encontrada em homens.

Consequências Funcionais do Transtorno Exibicionista

As consequências funcionais do transtorno exibicionista não foram pesquisadas em indivíduos que expuseram seus genitais a estranhos que não esperavam o fato e que atendiam ao Critério B pelo fato de vivenciarem sofrimento emocional intenso devido a tais preferências.

Diagnóstico Diferencial

Os diagnósticos diferenciais potenciais para transtorno exibicionista ocorrem por vezes como transtornos comórbidos. Assim, é necessário avaliar separadamente as evidências para o transtorno exibicionista e outras condições possíveis.

Transtorno da conduta e transtorno da personalidade antissocial. Transtorno da conduta em adolescentes e transtorno da personalidade antissocial são caracterizados por comportamentos adicionais de descumprimento de normas e comportamentos antissociais, sem estar presente o interesse sexual específico na exposição dos genitais.

Transtornos por uso de substância. Transtornos por uso de álcool e substância podem envolver episódios exibicionistas isolados por parte de indivíduos intoxicados, mas não devem envolver o interesse sexual típico de expor os genitais a pessoas que não esperam o fato. Assim, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais exibicionistas recorrentes que ocorrem também quando o indivíduo não está intoxicado sugerem possível presença do transtorno exibicionista.

Comorbidade

Comorbidades conhecidas do transtorno exibicionista baseiam-se amplamente em pesquisas com indivíduos (quase todos do sexo masculino) condenados por atos criminosos envolvendo exposição da genitália a indivíduos que não consentiram com isso. Assim, essas comorbidades podem não se aplicar a todos os indivíduos que atendem aos critérios para um diagnóstico de transtorno exibicionista. As condições que ocorrem em comorbidade com o transtorno em taxas elevadas incluem transtornos depressivo, bipolar, de ansiedade e por uso de substância; hipersexualidade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, outros transtornos parafílicos e transtorno da personalidade antissocial.

Transtorno Frotteurista

Critérios Diagnósticos **302.89 (F65.81)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de tocar ou esfregar-se em pessoa que não consentiu, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.

B. O indivíduo colocou em prática esses impulsos sexuais com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de tocar outra pessoa ou esfregar-se nela são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo colocou em prática seus impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo durante pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Especificadores

O especificador "em remissão" não trata da presença ou da ausência continuada de frotteurismo por si só, que pode ainda estar presente após a remissão dos comportamentos e do sofrimento.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno frotteurista podem se aplicar tanto a indivíduos que, de forma relativa, revelam livremente essa parafilia quanto àqueles que negam de forma categórica qualquer atrativo sexual em tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consente, independentemente de evidências objetivas consideráveis do contrário. Se indivíduos que revelam a condição também relatam prejuízo psicossocial devido a suas preferências sexuais por tocar e esfregar-se em pessoa que não consente, eles podem ser diagnosticados com o transtorno frotteurista. Diferentemente, se declaram ausência de sofrimento (demonstrada por ausência de ansiedade, obsessão, culpa ou vergonha) acerca desses impulsos parafílicos e não apresentam prejuízo em outras áreas importantes do funcionamento devido a seu interesse sexual, e se suas histórias psiquiátricas ou legais indicam que não colocam em prática esse interesse, podem ser caracterizados como tendo interesse sexual frotteurista, mas *não* devem receber o diagnóstico de transtorno frotteurista.

Indivíduos que não revelam seu interesse incluem, por exemplo, aqueles que sabidamente apresentaram comportamento de tocar ou esfregar-se em pessoa que não consentiu em ocasiões distintas, mas que contestam quaisquer impulsos ou fantasias relativas a esse comportamento. Tais indivíduos podem relatar que os episódios identificados de tocar e esfregar-se em pessoa que não consente foram todos sem intenção e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de tocar e esfregar-se em indivíduos que não consentem, mas contestar qualquer interesse sexual maior ou persistente nisso. Uma vez que essas pessoas negam ter fantasias ou impulsos de tocar e esfregar-se em outras, consequentemente rejeitam sentir-se em sofrimento ou psicologicamente prejudicadas por esses impulsos. Apesar da posição não reveladora, esses indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno frotteurista. Comportamento frotteurista *recorrente* constitui respaldo satisfatório para frotteurismo (por atender ao Critério A) e demonstra também que esse comportamento motivado por parafilia está causando dano a outros (por atender ao Critério B).

O tocar e esfregar-se de forma "recorrente" em pessoa que não consente (i.e., múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião distinta) pode, via de regra, ser interpretado como a presença de três vítimas ou mais em ocasiões distintas. Menos vítimas é um dado que pode ser interpretado como atendendo a esse critério caso tenha havido múltiplas ocasiões de tocar e esfregar-se no mesmo indivíduo que não consente ou caso haja evidências que corroboram um interesse forte ou preferencial por tocar ou esfregar-se em indivíduos que não consentem. Deve-se ressaltar que vítimas múltiplas constituem condição suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico, já que os critérios podem ser atendidos pelo reconhecimento do indivíduo de um interesse sexual frotteurista intenso, com sofrimento e/ou prejuízo clinicamente significativos.

O período de tempo do Critério A, que indica que os sinais e sintomas frotteuristas devem ter persistido por pelo menos seis meses, deve também ser entendido como uma orientação geral, e não um limite rígido, de modo a assegurar que o interesse sexual em tocar ou esfregar-se em pessoa que não consente não é transitório. Assim, a parte da duração do Critério A pode tam-

bém ser satisfeita caso existam evidências claras de comportamentos recorrentes ou sofrimento por um período mais curto, mas não transitório.

Prevalência

Atos frotteuristas, incluindo tocar ou esfregar-se em outro indivíduo sem ser convidado para tal, podem ocorrer em até 30% dos homens adultos na população em geral. Cerca de 10 a 14% dos adultos do sexo masculino atendidos em contextos ambulatoriais para transtornos parafílicos e hipersexualidade têm uma apresentação que atende aos critérios diagnósticos para o transtorno. Assim, ainda que a prevalência de *transtorno* frotteurista na população seja desconhecida, é improvável que ela exceda a taxa encontrada em contextos clínicos selecionados.

Desenvolvimento e Curso

Adultos do sexo masculino com transtorno frotteurista frequentemente relatam que durante a fase final da adolescência ou no início da vida adulta é que tiveram consciência, pela primeira vez, de seu interesse sexual em tocar furtivamente pessoas que não consentiam. Crianças e adolescentes, no entanto, podem também tocar ou esfregar-se em outras pessoas que não o desejam na ausência de um diagnóstico de transtorno frotteurista. Ainda que não exista idade mínima para o diagnóstico, o transtorno pode ser de difícil diferenciação do comportamento do transtorno da conduta sem motivação sexual em indivíduos mais jovens. A persistência do frotteurismo com o passar do tempo não está clara. O transtorno, contudo, por definição, requer um ou mais de um fator contribuinte capaz de mudar com o tempo, com ou sem tratamento: sofrimento subjetivo (p. ex., culpa, vergonha, frustração sexual intensa, solidão), doença psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual, prejuízo psicossocial e/ou a propensão a colocar em prática a sexualidade por meio do tocar ou esfregar-se em pessoas que não dão consentimento. Assim, o curso do transtorno frotteurista pode variar com a idade. Tal como outras preferências sexuais, o avanço da idade pode estar associado à redução de preferências e comportamentos sexuais frotteuristas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Comportamento antissocial não sexual e preocupação sexual/hipersexualidade podem ser fatores de risco não específicos, embora a relação causal com frotteurismo seja incerta, e a especificidade, não esclarecida. O frotteurismo, entretanto, é precondição necessária para transtorno frotteurista; assim, os fatores de risco para frotteurismo devem também aumentar a taxa do transtorno.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Parece haver substancialmente menos indivíduos do sexo feminino com preferência sexual frotteurista em comparação com os do masculino.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno da conduta e transtorno da personalidade antissocial. Transtorno da conduta em adolescentes e transtorno da personalidade antissocial são caracterizados por comportamentos adicionais de desrespeito às normas e antissociais, e o interesse sexual específico em tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consente deve estar ausente.

Transtornos por uso de substância. Transtornos por uso de substância, particularmente aqueles associados a estimulantes como cocaína e anfetaminas, podem envolver episódios frotteuristas isolados por parte de indivíduos intoxicados, mas não devem envolver o interesse sexual contínuo típico em tocar ou esfregar-se em pessoas que não esperam tal fato. Assim, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais frotteuristas recorrentes que ocorrem quando o indivíduo não está intoxicado sugerem possível presença de transtorno frotteurista.

Comorbidade

Comorbidades conhecidas no transtorno frotteurista baseiam-se amplamente em pesquisas com indivíduos do sexo masculino suspeitos de ou condenados por atos criminais envolvendo o tocar ou esfregar-se com motivações sexuais em indivíduo que não consentiu. Assim, essas comorbidades podem não se aplicar a outros indivíduos com diagnóstico de transtorno frotteurista baseado em sofrimento subjetivo relativo a seu interesse sexual. Condições que ocorrem de forma comórbida com o transtorno frotteurista incluem hipersexualidade e outros transtornos parafílicos, especialmente transtorno exibicionista e transtorno voyeurista. Transtorno da conduta, transtorno da personalidade antissocial, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substância também ocorrem de forma concomitante. Diagnósticos diferenciais potenciais para transtorno frotteurista ocorrem por vezes como transtornos comórbidos. Portanto, é geralmente necessário avaliar as evidências para transtorno frotteurista e possíveis condições comórbidas como questões separadas.

Transtorno do Masoquismo Sexual

Critérios Diagnósticos **302.83 (F65.51)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante do ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
B. As fantasias, os impulsos sexuais ou os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com asfixiofilia: Quando o indivíduo se envolve na prática de conseguir excitação sexual por meio da restrição da respiração.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamentos sexuais masoquistas são limitadas.

Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno do masoquismo sexual existem com o intuito de serem aplicados a indivíduos que admitem livremente ter tais interesses parafílicos. Esses indivíduos admitem abertamente excitação sexual intensa resultante do ato de serem humilhados, espancados, amarrados ou vítimas de qualquer outro tipo de sofrimento, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos. Se também relatam dificuldades psicossociais devido a suas atrações ou preferências sexuais de serem humilhados, espancados, amarrados ou vítimas de qualquer outro tipo de sofrimento, podem ser diagnosticados com transtorno do masoquismo sexual. Diferentemente, se declaram ausência de sofrimento, exemplificado por ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha em relação a esses impulsos parafílicos, e não são impedidos por eles de buscar outras metas pessoais, podem ser caracterizados como tendo interesse sexual masoquista, mas *não* devem ser diagnosticados com transtorno do masoquismo sexual.

O período de tempo do Critério A, que indica que os sinais e sintomas de masoquismo sexual devem ter persistido por um período mínimo de seis meses, deve ser entendido como uma orientação geral, e não um limite rígido, para assegurar que o interesse sexual em ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento não é meramente transitó-

rio. O transtorno pode, no entanto, ser diagnosticado no caso da manutenção do interesse sexual masoquista por um tempo claramente continuado, ainda que mais curto.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O uso intenso de pornografia envolvendo o ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento é por vezes uma característica associada ao transtorno do masoquismo sexual.

Prevalência

A prevalência na população do transtorno do masoquismo sexual é desconhecida. Na Austrália, foi estimado que 2,2% dos indivíduos do sexo masculino e 1,3% dos do sexo feminino estiveram envolvidos em práticas sexuais sadomasoquistas nos últimos 12 meses.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos com parafilias relataram idade média do surgimento do masoquismo de 19,3 anos, embora antes, inclusive na puberdade e na infância, existam também relatos de aparecimento de fantasias sadomasoquistas. Muito pouco é conhecido sobre a persistência ao longo do tempo. O transtorno do masoquismo sexual, por definição, requer um ou mais de um fator contribuinte que pode mudar com o tempo, com ou sem tratamento. Estes incluem sofrimento subjetivo (p. ex., culpa, vergonha, frustração sexual intensa, solidão), doença psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual e prejuízo psicossocial. Assim, o curso do transtorno possivelmente varia com o passar do tempo. É provável que o avanço da idade cause o mesmo efeito redutor sobre a preferência sexual envolvendo masoquismo sexual encontrado em outros comportamentos sexuais parafílicos ou normofílicos.

Consequências Funcionais do Transtorno do Masoquismo Sexual

As consequências funcionais do transtorno do masoquismo sexual são desconhecidas. Os masoquistas, porém, correm risco de morte acidental enquanto praticam a asfixiofilia ou outros procedimentos autoeróticos.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que podem ser diagnósticos diferenciais para transtorno do masoquismo sexual (p. ex., fetichismo transvéstico, transtorno do sadismo sexual, hipersexualidade, transtornos por uso de álcool e substância) ocorrem, por vezes, também como diagnósticos comórbidos. Assim, é necessário avaliar cuidadosamente as evidências de transtorno do masoquismo sexual, mantendo a possibilidade de outras parafilias ou outros transtornos mentais como parte do diagnóstico diferencial. Masoquismo sexual na ausência de sofrimento (i.e., transtorno ausente) também é incluso no diagnóstico diferencial, visto que as pessoas que apresentam os comportamentos podem estar satisfeitas com sua orientação masoquista.

Comorbidade

Comorbidades conhecidas com transtorno do masoquismo sexual baseiam-se amplamente em indivíduos em tratamento. Transtornos que ocorrem de forma comórbida com transtorno do masoquismo sexual tipicamente incluem outros transtornos parafílicos, como o fetichismo transvéstico.

Transtorno do Sadismo Sexual

Critérios Diagnósticos **302.84 (F65.52)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
B. O indivíduo coloca em prática esses impulsos com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamentos sexuais sádicos são limitadas.

Em remissão completa: O indivíduo não colocou em prática os impulsos com pessoa que não consentiu, e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno do sadismo sexual existem com o intuito de serem aplicados tanto aos indivíduos que admitem livremente ter tais interesses parafílicos quanto àqueles que negam qualquer interesse sexual no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, apesar de evidências objetivas substanciais do contrário. Indivíduos que abertamente admitem interesse sexual intenso no sofrimento físico ou psicológico de outras pessoas são chamados de "indivíduos confessos". Se relatam também dificuldades psicossociais devido a atração ou preferências sexuais no sofrimento físico ou psicológico de outro indivíduo, podem ser diagnosticados com o transtorno do sadismo sexual. Diferentemente, se declaram ausência de sofrimento, exemplificado por ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha em relação a esses impulsos parafílicos, não são impedidos por eles de buscar outras metas e se suas histórias psiquiátricas ou legais indicam que não os colocam em prática, podem ser caracterizados como tendo interesse sexual sádico, mas *não* atendem aos critérios para transtorno do sadismo sexual.

Exemplos de indivíduos que negam qualquer interesse no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa incluem aqueles que sabidamente infligiram dor ou sofrimento a múltiplas vítimas em ocasiões distintas, mas negam impulsos ou fantasias acerca de tal comportamento sexual e podem alegar que os episódios conhecidos de agressão sexual tenham sido sem intenção ou não sexuais. Outros podem admitir episódios passados de comportamento sexual que tenham envolvido infligir dor ou sofrimento em um indivíduo que não consentiu, mas sem relatar qualquer interesse sexual significativo ou continuado no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa. Visto que esses indivíduos negam ter impulsos ou fantasias envolvendo excitação sexual por meio da dor e do sofrimento, consequentemente também negariam sentimentos de sofrimento subjetivo ou prejuízo social causados por tais impulsos. Essas pessoas podem ser diagnosticadas com o transtorno do sadismo sexual apesar de seu autorrelato negativo. Seu comportamento recorrente constitui respaldo clínico para a presença da parafilia do sadismo sexual (por atender ao Critério A) e, ao mesmo tempo, demonstra que seu comportamento de motivação parafílica está causando sofrimento clinicamente significativo, dano ou risco a outras pessoas (por atender ao Critério B).

Sadismo sexual recorrente envolvendo outros que não consentem (i.e., múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião distinta) pode ser interpretado, via de regra, como a presença de três ou mais vítimas em ocasiões distintas. Menos vítimas é um dado que pode ser interpretado como atendendo a esse critério caso haja múltiplas ocasiões em que tenham sido infligidos dor e sofrimento à mesma vítima ou caso haja evidências que corroborem interesse forte ou preferencial na dor e no sofrimento envolvendo múltiplas vítimas. Deve-se observar que múltiplas vítimas, conforme su-

gerido anteriormente, representam condição suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico, já que os critérios podem ser atendidos se o indivíduo admite interesse sexual sádico intenso.

O período de tempo do Critério A, que indica que os sinais e sintomas de sadismo sexual devem ter persistido por um período mínimo de seis meses, deve, ainda, ser entendido como uma orientação geral, e não um limite rígido, para assegurar que o interesse sexual de infligir dor e sofrimento a vítimas que não consentem não é meramente transitório. O diagnóstico, no entanto, pode ser feito quando há um período claramente continuado, embora mais curto, de comportamentos sádicos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O uso intenso de pornografia envolvendo o ato de infligir dor e sofrimento é, por vezes, uma característica associada ao transtorno do sadismo sexual.

Prevalência

A prevalência do transtorno do sadismo sexual na população é desconhecida e amplamente baseada em indivíduos em contextos forenses. Dependendo dos critérios para sadismo sexual, a prevalência varia muito, desde 2 até 30%. Entre condenados por atos sexuais nos Estados Unidos, menos de 10% apresentam sadismo sexual. Entre indivíduos que cometeram homicídios por motivação sexual, as taxas de transtorno do sadismo sexual variam de 37 a 75%.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos com sadismo sexual em amostras forenses são quase exclusivamente do sexo masculino, embora uma amostra representativa da população australiana tenha informado que 2,2% dos homens e 1,3% das mulheres disseram ter-se envolvido em atividades sadomasoquistas no ano anterior. As informações sobre o desenvolvimento e o curso do transtorno do sadismo sexual são muito limitadas. Um estudo informou que as mulheres se davam conta da orientação sadomasoquista no início da vida adulta; já outro estudo informou que a idade média do surgimento do sadismo em um grupo de homens ficou em 19,4 anos. Enquanto o sadismo sexual por si só é provavelmente uma característica para toda a vida, o transtorno do sadismo sexual pode oscilar de acordo com o sofrimento subjetivo do indivíduo ou a sua propensão de causar dano a outras pessoas que não o consentem. O avanço da idade pode ter o mesmo efeito redutor sobre esse transtorno que tem em outros comportamentos sexuais parafílicos ou normofílicos.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que podem ser diagnósticos diferenciais para o transtorno do sadismo sexual (p. ex., transtorno da personalidade antissocial, transtorno do masoquismo sexual, hipersexualidade, transtornos por uso de substância) ocorrem, por vezes, também como diagnósticos comórbidos. Assim, é necessário avaliar cuidadosamente as evidências de transtorno do sadismo sexual, mantendo a possibilidade de outras parafilias ou transtornos mentais como parte do diagnóstico diferencial. A maior parte dos indivíduos ativos em redes comunitárias que praticam comportamentos sádicos e masoquistas não expressa qualquer insatisfação com seus interesses sexuais, e seu comportamento não atende aos critérios do DSM-5 para transtorno do sadismo sexual. Interesse sádico, mas não o transtorno do sadismo, pode ser considerado no diagnóstico diferencial.

Comorbidade

Comorbidades conhecidas com transtorno do sadismo sexual baseiam-se amplamente em indivíduos (quase todos do sexo masculino) condenados por atos criminosos envolvendo atos de sadismo contra vítimas que não o consentiram. Assim, essas comorbidades podem não se aplicar a todos aqueles indivíduos que jamais se envolveram em atividade sádica com vítima que não

consentiu mas que atendem aos critérios para um diagnóstico de transtorno do sadismo sexual com base em sofrimento subjetivo relativo a seu interesse sexual. Transtornos que são comumente comórbidos com o transtorno do sadismo sexual incluem outros transtornos parafílicos.

Transtorno Pedofílico

Critérios Diagnósticos **302.2 (F65.4)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com criança ou crianças pré-púberes (em geral, 13 anos ou menos).
B. O indivíduo coloca em prática esses impulsos sexuais, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento intenso ou dificuldades interpessoais.
C. O indivíduo tem, no mínimo, 16 anos de idade e é pelo menos cinco anos mais velho que a criança ou as crianças do Critério A.
Nota: Não incluir um indivíduo no fim da adolescência envolvido em relacionamento sexual contínuo com pessoa de 12 ou 13 anos de idade.

Determinar o subtipo:
Tipo exclusivo (com atração apenas por crianças)
Tipo não exclusivo

Especificar se:
Sexualmente atraído por indivíduos do sexo masculino
Sexualmente atraído por indivíduos do sexo feminino
Sexualmente atraído por ambos

Especificar se:
Limitado a incesto

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno pedofílico existem com o intuito de serem aplicados tanto a indivíduos que revelam abertamente essa parafilia quanto àqueles que negam qualquer atração sexual por crianças pré-púberes (em geral, 13 anos ou menos), apesar de evidências objetivas substanciais do contrário. Exemplos de revelação dessa parafilia incluem reconhecer abertamente interesse sexual intenso por crianças e a indicação de que o interesse sexual por crianças é maior ou igual ao interesse sexual por indivíduos fisicamente maduros. Se essas pessoas também se queixam de que suas atrações e preferências sexuais por crianças lhes estão causando dificuldades psicossociais, podem ser diagnosticadas com transtorno pedofílico. No entanto, se relatam ausência de sentimentos de culpa, vergonha ou ansiedade em relação a esses impulsos, não apresentam limitação funcional por seus impulsos parafílicos (conforme autorrelato, avaliação objetiva ou ambos), e seu autorrelato e sua história legal registrada indicam que jamais colocaram em prática esses impulsos, essas pessoas, então, apresentam orientação sexual pedofílica, mas não transtorno pedofílico.

Exemplos de indivíduos que negam atração por crianças incluem aqueles que sabidamente abordaram sexualmente múltiplas crianças em ocasiões distintas, mas negam quaisquer impulsos ou fantasias sobre comportamento sexual envolvendo crianças, podendo alegar, ainda, que os episódios conhecidos de contato físico foram todos sem intenção e não sexuais. Outros podem admitir episódios anteriores de comportamento sexual envolvendo crianças, embora neguem qualquer interesse sexual significativo ou continuado por elas. Visto que essas pessoas podem negar experiências, impulsos e fantasias envolvendo crianças, também podem negar sentir sofrimento subjetivo. Tais indivíduos podem, ainda, ser diagnosticados com transtorno pedofílico apesar da ausência de sofrimento autorrelatado, desde que haja evidências de comportamentos recorrentes persistindo por seis meses (Critério A) e de que colocaram em prática os impulsos sexuais ou tiveram dificuldades interpessoais em consequência do transtorno (Critério B).

A presença de múltiplas vítimas, conforme discutido anteriormente, é suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico; isto é, o indivíduo pode ainda atender ao Critério A apenas por admitir interesse sexual intenso ou preferencial por crianças.

O Critério A, que indica que os sinais e sintomas de pedofilia devem ter persistido por seis meses ou mais, pretende assegurar que a atração sexual por crianças não é meramente transitória. O diagnóstico, porém, pode ser feito caso haja evidência clínica de persistência continuada da atração sexual por crianças mesmo quando a duração de seis meses não pode ser determinada com precisão.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O uso intenso de pornografia que mostra crianças pré-púberes é um indicador diagnóstico útil do transtorno pedofílico. Trata-se de uma situação específica do caso geral de que os indivíduos podem optar pelo tipo de pornografia que corresponde a seus interesses sexuais.

Prevalência

A prevalência na população do transtorno pedofílico é desconhecida. A prevalência mais alta possível para o transtorno entre os indivíduos do sexo masculino é de cerca de 3 a 5%. Nos do sexo feminino, a prevalência é ainda mais incerta, embora possivelmente seja uma fração pequena daquela observada no sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com transtorno pedofílico podem relatar que perceberam o interesse sexual forte ou preferencial por crianças por volta do período da puberdade – o mesmo período de tempo em que aqueles que mais tarde preferem parceiros fisicamente maduros percebem o interesse sexual por mulheres ou homens. Tentar diagnosticar transtorno pedofílico na idade em que ocorre a primeira manifestação é problemático, devido à dificuldade, durante o desenvolvimento da adolescência, de diferenciá-lo do interesse sexual adequado à idade por colegas ou da curiosidade sexual. Assim, o Critério C exige, para o diagnóstico, idade mínima de 16 anos e pelo menos cinco anos mais que a criança ou crianças do Critério A.

A pedofilia em si parece ser uma condição para toda a vida. O transtorno pedofílico, porém, inclui necessariamente outros elementos que podem mudar com o tempo, com ou sem tratamento: sofrimento subjetivo (p. ex., culpa, vergonha, frustração sexual intensa ou sentimentos de isolamento) ou prejuízo psicossocial ou a propensão a agir sexualmente com crianças, ou ambos. O curso do transtorno, portanto, pode oscilar, aumentar ou diminuir com a idade.

Adultos com o transtorno pedofílico podem relatar percepção do interesse sexual por crianças que antecedeu o início do comportamento sexual envolvendo crianças ou a autoidentificação como pedófilo. A idade avançada possivelmente diminui a frequência de comportamento sexual envolvendo crianças, da mesma forma que diminui aquele com motivação parafílica ou normofílica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Parece existir interação entre pedofilia e comportamento antissocial, de modo que indivíduos do sexo masculino com ambos os traços apresentam maior propensão a agir sexualmente com crianças. Assim, o transtorno da personalidade antissocial pode ser considerado um fator de risco para transtorno pedofílico em homens com pedofilia.

Ambientais. Homens adultos com pedofilia frequentemente relatam terem sido sexualmente abusados quando crianças. Ainda não está claro, porém, se essa correlação reflete uma influência causal do abuso sexual na infância sobre a pedofilia na vida adulta.

Genéticos e fisiológicos. Visto que a pedofilia é condição necessária para transtorno pedofílico, todo fator que aumenta a probabilidade de pedofilia também aumenta o risco de transtorno

pedofílico. Há algumas evidências de que perturbação do neurodesenvolvimento na vida intrauterina aumenta a probabilidade de desenvolvimento de orientação pedofílica.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Medidas laboratoriais psicofisiológicas do interesse sexual, que algumas vezes são úteis para o diagnóstico do transtorno pedofílico no sexo masculino, não são necessariamente úteis para o diagnóstico do transtorno no feminino, mesmo diante da disponibilidade de um procedimento idêntico (p. ex., tempo de visualização) ou de procedimentos análogos (p. ex., pletismografia peniana e fotopletismografia vaginal).

Marcadores Diagnósticos

Medidas psicofisiológicas do interesse sexual podem, algumas vezes, ser úteis quando a história do indivíduo sugere a possível presença de transtorno pedofílico, mas ele nega atração forte ou preferencial por crianças. Entre essas medidas, a mais pesquisada e usada há mais tempo é a *pletismografia peniana*, embora a especificidade e a sensibilidade do diagnóstico possam variar de um local para outro. O *tempo de visualização*, com uso de fotografias de pessoas nuas ou minimamente vestidas como estímulo visual, é também empregado para o diagnóstico do transtorno pedofílico, especialmente em combinação com medidas autorrelatadas. Profissionais da saúde mental dos Estados Unidos, no entanto, devem estar conscientes de que a posse de tais estímulos visuais, mesmo para fins diagnósticos, pode violar a legislação do país no que se refere à posse de pornografia infantil, deixando esse profissional suscetível a processo criminal.

Diagnóstico Diferencial

Muitas das condições que podem ser diagnósticos diferenciais para transtorno pedofílico podem também, por vezes, ocorrer como diagnósticos comórbidos. É, portanto, necessário avaliar as evidências para transtorno pedofílico e outras condições possíveis como questões separadas.

Transtorno da personalidade antissocial. Esse transtorno aumenta a probabilidade de que uma pessoa que tenha atração principalmente pelo corpo humano maduro venha a aproximar-se de uma criança, em uma ou algumas ocasiões, com base na disponibilidade relativa. O indivíduo frequentemente demonstra outros sinais desse transtorno da personalidade, como o desrespeito recorrente às leis.

Transtornos por uso de álcool e substância. Os efeitos desinibidores da intoxicação podem também aumentar a probabilidade de que uma pessoa principalmente atraída pelo corpo humano maduro se aproxime sexualmente de uma criança.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Há alguns indivíduos que se queixam de pensamentos e preocupações egodistônicas acerca de possível atração por crianças. A entrevista clínica, em geral, revela ausência de pensamentos sexuais sobre crianças durante estados elevados de excitação sexual (p. ex., próximo do orgasmo durante masturbação) e, por vezes, outras ideias sexuais intrusivas egodistônicas (p. ex., preocupações com homossexualidade).

Comorbidade

Comorbidades psiquiátricas do transtorno pedofílico incluem transtornos por uso de substância, transtornos depressivo e bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos parafílicos. Os dados relativos a transtornos comórbidos, no entanto, são oriundos principalmente de indivíduos condenados por crimes sexuais envolvendo crianças (quase todos homens), podendo não ser passíveis de generalização a outros indivíduos com transtorno pedofílico (p. ex., indivíduos que jamais se aproximaram sexualmente de uma criança, mas que atendem aos critérios para o diagnóstico de transtorno pedofílico com base em sofrimento subjetivo).

Transtorno Fetichista

Critérios Diagnósticos **302.81 (F65.0)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante do uso de objetos inanimados ou de um foco altamente específico em uma ou mais de uma parte não genital do corpo, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
B. As fantasias, os impulsos sexuais ou os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. Os objetos de fetiche não se limitam a artigos do vestuário usados em travestismo/*cross-dressing* (como no transtorno transvéstico) ou a dispositivos especificamente criados para estimulação genital tátil (p. ex., vibrador).

Especificar:

Parte(s) do corpo
Objeto(s) inanimado(s)
Outro

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamentos fetichistas são limitadas.
Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo durante pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Especificadores

Embora indivíduos com transtorno fetichista possam relatar excitação sexual intensa e recorrente provocada por objetos inanimados ou por uma parte específica do corpo, não é incomum a ocorrência de combinações não mutuamente exclusivas de fetiches. Assim, um indivíduo pode ter transtorno fetichista associado a um objeto inanimado (p. ex., roupas íntimas femininas) ou a um foco exclusivo em uma parte do corpo intensamente erotizada (p. ex., pés, cabelos), ou seu interesse fetichista pode atender a critérios para várias combinações desses especificadores (p. ex., sapatos, meias e pés).

Características Diagnósticas

O foco parafílico do transtorno fetichista envolve o uso persistente e repetido ou a dependência de objetos inanimados ou um foco altamente específico em uma parte do corpo (geralmente não genital) como os elementos principais associados à excitação sexual (Critério A). Um diagnóstico de transtorno fetichista deve incluir sofrimento pessoal clinicamente significativo ou prejuízo na função psicossocial (Critério B). Objetos de fetiche comuns incluem roupa íntima feminina, calçados masculinos ou femininos, artigos de borracha, roupas de couro ou outras peças de vestuário. Partes do corpo altamente erotizadas associadas ao transtorno fetichista incluem os pés, os dedos dos pés e os cabelos. Não é incomum que os fetiches sexualizados incluam tanto objetos inanimados quanto partes do corpo (p. ex., meias e pés sujos). Em virtude disso, a definição de transtorno fetichista agora reincorpora o *parcialismo* (i.e., foco exclusivo em uma parte do corpo) em seus limites. O parcialismo, antes considerado um transtorno parafílico sem outra especificação, havia sido historicamente incorporado ao fetichismo antes do DSM-III.

Muitos indivíduos que se autoidentificam como praticantes do fetichismo não necessariamente relatam prejuízo clínico associado a seus comportamentos fetichistas. Essas pessoas podem ser caracterizadas como tendo um fetiche, mas não um transtorno fetichista. Um diagnóstico de transtorno fetichista exige atendimento simultâneo tanto ao comportamento do Critério A quanto ao sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento que constam no Critério B.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno fetichista pode ser uma experiência multissensorial, incluindo segurar, sentir o gosto, esfregar, inserir ou cheirar o objeto de fetiche durante a masturbação, ou ainda preferir que o parceiro sexual vista ou utilize o objeto de fetiche durante os encontros sexuais. Há, ainda, alguns indivíduos que podem adquirir grandes coleções de objetos fetichistas altamente desejados.

Desenvolvimento e Curso

As parafilias geralmente começam na puberdade, mas os fetiches podem se desenvolver antes da adolescência. Uma vez estabelecido, o transtorno fetichista tende a apresentar um curso continuado que oscila em intensidade e em frequência dos impulsos ou do comportamento.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O conhecimento e a avaliação adequada dos aspectos normais do comportamento sexual são fatores importantes a serem investigados para o estabelecimento de um diagnóstico clínico de transtorno fetichista e para distinguir um diagnóstico clínico de um comportamento sexual socialmente aceitável.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Não há relatos sistemáticos da ocorrência de transtorno fetichista no sexo feminino. Em amostras clínicas, esse transtorno é relatado quase exclusivamente em indivíduos do sexo masculino.

Consequências Funcionais do Transtorno Fetichista

Prejuízos típicos associados ao transtorno fetichista incluem disfunção sexual durante relacionamentos amorosos recíprocos, quando o objeto de fetiche ou a parte do corpo preferida não está disponível durante as preliminares ou o coito. Alguns indivíduos com o transtorno podem preferir atividade sexual solitária associada à(s) sua(s) preferência(s) fetichista(s) mesmo durante envolvimento em relacionamento amoroso e recíproco importante.

Embora o transtorno fetichista seja relativamente incomum entre criminosos sexuais presos com parafilias, homens com o transtorno podem roubar e colecionar seus objetos de desejo fetichistas particulares. Tais indivíduos foram presos e acusados de comportamentos antissociais não sexuais (p. ex., invasão, roubo, assalto) que são principalmente motivados pelo transtorno fetichista.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno transvéstico. O diagnóstico mais próximo do transtorno fetichista é o transtorno transvéstico. Conforme observado nos critérios diagnósticos, o transtorno fetichista não é diagnosticado caso os objetos de fetiche se limitem a artigos de vestuário usados exclusivamente durante o ato de vestir-se como o outro sexo (como no transtorno transvéstico) ou caso o objeto de estimulação genital tenha sido feito para esse fim (p. ex., um vibrador).

Transtorno do masoquismo sexual ou outros transtornos parafílicos. Fetiches podem ocorrer concomitantemente com outros transtornos parafílicos, sobretudo "sadomasoquismo" e transtorno transvéstico. Quando um indivíduo tem fantasias sobre "ser obrigado a vestir-se como o outro sexo" ou se envolve em tais atividades ou, ainda, atinge excitação sexual principalmente por meio da dominação ou da humilhação associadas a tal fantasia ou atividade repetida, o diagnóstico de transtorno do masoquismo sexual deve ser feito.

Comportamento fetichista sem transtorno fetichista. O uso de um objeto de fetiche para excitação sexual na ausência de qualquer sofrimento ou prejuízo da função psicossocial ou de outra consequência adversa associada não atende aos critérios para transtorno fetichista, visto que o limite exigido pelo Critério B não é atendido. Por exemplo, um indivíduo cujo parceiro sexual compar-

tilha ou é bem-sucedido em incorporar seu interesse em acariciar, cheirar ou lamber pés ou dedos dos pés como elemento importante de preliminares não é diagnosticado com transtorno fetichista. Da mesma forma, não seria diagnosticado um indivíduo que prefere, não tendo sofrimento ou prejuízo, comportamento sexual solitário associado a uso de roupas de borracha ou botas de couro.

Comorbidade

O transtorno fetichista pode ocorrer simultaneamente com outros transtornos parafílicos, bem como com hipersexualidade. Raramente, o transtorno por estar associado a condições neurológicas.

Transtorno Transvéstico

Critérios Diagnósticos **302.3 (F65.1)**

A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de vestir-se como o sexo oposto (*cross-dressing*), conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
B. As fantasias, os impulsos sexuais ou os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Com fetichismo: Se excitado sexualmente por tecidos, materiais ou peças de vestuário.

Com autoginefilia: Se excitado sexualmente por pensamentos ou imagens de si mesmo como mulher.

Especificar se:

Em ambiente protegido: Esse especificador é aplicável principalmente a indivíduos institucionalizados ou moradores de outros locais onde as oportunidades de vestir-se como o sexo oposto são limitadas.

Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo por pelo menos cinco anos enquanto em um ambiente não protegido.

Especificadores

A presença de fetichismo reduz a possibilidade de disforia de gênero em homens com o transtorno transvéstico, e a de autoginefilia aumenta a probabilidade de disforia de gênero em homens com o transtorno.

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno transvéstico não se aplica a todos os indivíduos que se vestem como o sexo oposto, mesmo àqueles que o fazem de forma habitual. Ele se aplica a indivíduos cuja troca no modo de vestir-se ou cujos pensamentos sobre o uso de roupas do outro sexo estão sempre ou frequentemente acompanhados de excitação sexual (Critério A) e que estão emocionalmente perturbados por esse padrão ou sentem que ele prejudica o funcionamento social ou interpessoal (Critério B). O vestir-se como o sexo oposto (*cross-dressing*) pode envolver apenas um ou dois artigos do vestuário (p. ex., para homens, pode incluir somente o uso de roupas íntimas femininas) ou se vestir completamente com roupa do outro sexo; em homens, pode incluir o uso de peruca e maquiagem feminina. O transtorno transvéstico é quase exclusivamente relatado em indivíduos do sexo masculino. A excitação sexual, em sua apresentação mais óbvia de ereção peniana, pode ocorrer simultaneamente com o uso de roupas do outro sexo de várias formas. Em homens mais jovens, vestir-se como o sexo oposto frequentemente leva à masturbação, após o que toda peça de roupa feminina é retirada. Homens mais velhos com frequência aprendem a evitar a masturba-

ção ou fazer qualquer coisa que estimule o pênis, de modo que evitar a ejaculação possibilita-lhes prolongar a sessão de uso de roupas do outro sexo. Homens com parceiras do sexo feminino, por vezes, completam a sessão de uso de roupas do outro sexo tendo relação sexual com as parceiras, sendo que alguns apresentam dificuldade de manter uma ereção suficiente para a relação sexual sem o uso das roupas do sexo oposto (ou sem fantasias particulares de uso dessas roupas).

A avaliação clínica de sofrimento ou prejuízo, tal como a avaliação clínica da excitação sexual transvéstica, costuma depender do autorrelato do indivíduo. O padrão de comportamento "purgar e adquirir" frequentemente representa a presença de sofrimento em indivíduos com o transtorno transvéstico. Durante esse padrão comportamental, um indivíduo (normalmente um homem) que gastou muito dinheiro em roupas femininas e outros itens (p. ex., sapatos, perucas) descarta-os (i.e., purga-os) na tentativa de vencer os ímpetos de vestir-se como o outro sexo, para depois começar a adquirir peças do vestuário feminino novamente.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno transvéstico em homens com frequência é acompanhado de *autoginefilia* (i.e., tendência parafílica no homem a excitar-se sexualmente pela ideia ou imagem de si mesmo como mulher). Fantasias e comportamentos de autoginefilia podem ter como ponto central a ideia de exibir funções fisiológicas femininas (p. ex., lactação, menstruação), envolver-se em comportamento estereotipicamente feminino (p. ex., tricotar) ou ter a anatomia da mulher (p. ex., seios).

Prevalência

A prevalência do transtorno transvéstico é desconhecida. Ele é raro no sexo masculino e extremamente raro no feminino. Menos de 3% dos homens relatam alguma vez ter tido excitação sexual vestindo-se como mulher. O percentual de indivíduos que usaram roupas do outro sexo com excitação sexual mais de uma vez ou poucas vezes em suas vidas seria ainda menor. A maior parte dos indivíduos do sexo masculino com transtorno transvéstico identifica-se como heterossexual, embora existam alguns que tenham interação sexual ocasional com outros homens, especialmente quando estão vestidos com roupas do outro sexo.

Desenvolvimento e Curso

No sexo masculino, os primeiros sinais de transtorno transvéstico podem surgir na infância sob a forma de grande fascinação por um item particular do vestuário feminino. Antes da puberdade, vestir-se como o outro sexo produz sensações generalizadas de excitação prazerosa. Com a chegada da puberdade, usar roupas femininas começa a provocar ereção peniana e, em certos casos, leva diretamente à primeira ejaculação. Em muitos casos, vestir-se como o outro sexo provoca cada vez menos excitação sexual conforme o indivíduo vai envelhecendo; finalmente, pode deixar de produzir qualquer resposta peniana discernível. O desejo de vestir-se como o sexo oposto, ao mesmo tempo, permanece igual ou ainda mais forte. Indivíduos que relatam tal diminuição da resposta sexual costumam mencionar que a excitação sexual resultante de uso de roupas do outro sexo foi substituída por sensações de conforto ou bem-estar.

Em alguns casos, o curso do transtorno transvéstico é contínuo; em outros, episódico. Não é raro que homens com o transtorno percam o interesse por vestir-se com roupas femininas quando se apaixonam pela primeira vez por uma mulher e começam um relacionamento; essa redução, no entanto, mostra-se temporária. Quando retorna o desejo de vestir-se como mulher, também retorna o sofrimento associado.

Alguns casos de transtorno transvéstico evoluem para disforia de gênero. Os indivíduos, que podem não se diferenciar de outros com o transtorno transvéstico na adolescência ou no início da infância, desenvolvem gradualmente desejos de manter o papel feminino por períodos mais longos e feminilizar sua anatomia. O desenvolvimento de disforia de gênero costuma ser acompanhado por redução ou eliminação (autorrelatada) da excitação sexual associada ao uso de roupas do outro sexo.

A manifestação do travestismo na ereção e na estimulação penianas, assim como a manifestação de outros interesses parafílicos e normofílicos, é mais intensa na adolescência e no início da vida adulta. A gravidade do transtorno transvéstico é mais alta na vida adulta, quando os impulsos transvésticos têm mais possibilidade de entrar em conflito com o desempenho na relação sexual heterossexual e com desejos de casar-se e ter uma família. Homens na meia-idade e mais velhos com história de travestismo têm menor probabilidade de apresentar-se com transtorno transvéstico do que com disforia de gênero.

Consequências Funcionais do Transtorno Transvéstico

O envolvimento em comportamentos transvésticos pode interferir nas relações heterossexuais ou levar à evitação dessas relações. Isso pode ocasionar sofrimento em homens que desejam manter casamentos convencionais ou envolvimentos amorosos com mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno fetichista. Este transtorno pode assemelhar-se ao transtorno transvéstico, particularmente nos homens com fetichismo que vestem roupas íntimas femininas enquanto se masturbam com elas. Distinguir o transtorno transvéstico depende dos pensamentos específicos do indivíduo durante tal atividade (p. ex., há ideias de ser mulher, agir como mulher ou vestir-se como mulher?) e da presença de outros fetiches (p. ex., tecidos macios e de seda, seja usados como peças do vestuário, seja de outra forma).

Disforia de gênero. Indivíduos com o transtorno transvéstico não relatam incongruência entre seu gênero sentido e seu gênero designado nem desejo de ser do outro gênero. Eles, em geral, não têm história de comportamentos infantis transgêneros, os quais estão presentes naqueles com disforia de gênero. Indivíduos com uma apresentação que atende a todos os critérios para transtorno transvéstico, assim como para disforia de gênero, devem receber os dois diagnósticos.

Comorbidade

O travestismo (e, por conseguinte, também o transtorno transvéstico) é com frequência encontrado associado a outras parafilias. As que ocorrem simultaneamente com maior frequência são o fetichismo e o masoquismo. Uma forma particularmente perigosa de masoquismo, a *asfixia autoerótica*, está associada ao travestismo em uma proporção substancial de casos fatais.

Outro Transtorno Parafílico Especificado

302.89 (F65.89)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno parafílico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos parafílicos. A categoria outro transtorno parafílico especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno parafílico específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno parafílico especificado", seguido pela razão específica (p. ex., "zoofilia").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas mediante uso do termo "outro transtorno parafílico especificado" incluem, embora não se limitem a, excitação sexual recorrente e intensa envolvendo *escatologia telefônica* (telefonemas obscenos), *necrofilia* (cadáveres), *zoofilia* (animais) *coprofilia* (fezes), *clismafilia* (enemas) ou *urofilia* (urina) que tenham estado presentes durante pelo menos seis meses causando sofrimento intenso ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou

em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Outro transtorno parafílico especificado pode ser especificado como em remissão e/ou ocorrendo em um ambiente protegido.

Transtorno Parafílico Não Especificado

302.9 (F65.9)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno parafílico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos parafílicos. A categoria transtorno parafílico não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno parafílico específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Outros Transtornos Mentais

Quatro transtornos fazem parte deste capítulo: outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica, transtorno mental não especificado devido a outra condição médica, outro transtorno mental especificado e transtorno mental não especificado. Essa categoria residual aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de um transtorno mental, causadores de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, embora não atendam à totalidade dos critérios para nenhum outro transtorno mental no DSM-5. Para outro transtorno mental especificado ou transtorno mental não especificado devidos a outra condição médica, deve ficar estabelecido que a perturbação é causada pelos efeitos fisiológicos de outra condição médica. Quando outro transtorno mental especificado e transtorno mental não especificado são devidos a outra condição médica, há necessidade de codificar e listar a condição médica do primeiro (p. ex., doença do HIV 042 [B20]), seguida do outro transtorno mental especificado ou do transtorno mental não especificado (usar o código apropriado).

Outro Transtorno Mental Especificado Devido a Outra Condição Médica

294.8 (F06.8)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno mental devido a outra condição médica que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno mental devido a outra condição médica específico. A categoria outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno mental devido a outra condição médica específico. Isso é feito por meio do registro do nome do transtorno, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de "outra condição médica", seguida da manifestação sintomática específica que não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno mental devido a outra condição médica específico. Além disso, o código diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes do código para outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devidos a convulsões parciais complexas seriam codificados e registrados como convulsões parciais complexas 345.40 (G40.209), outro transtorno mental especificado 294.8 (F06.8) devido a convulsões parciais complexas, sintomas dissociativos.

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando a designação "outro transtorno mental especificado" é o seguinte:

Sintomas dissociativos: Inclui sintomas que ocorrem, por exemplo, no contexto das convulsões parciais complexas.

Transtorno Mental Não Especificado Devido a Outra Condição Médica

294.9 (F09)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno mental devido a outra condição médica que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem a todos os critérios para qualquer transtorno mental devido a outra condição médica espefífico. A categoria transtorno mental não especificado devido a outra condição médica é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno mental devido a outra condição médica específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência). Isso é feito por meio do registro do nome do transtorno, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de "outra condição médica". Além disso, o código diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes daquele para o transtorno mental não especificado devido a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devidos a convulsões parciais complexas seriam codificados e registrados como convulsões parciais complexas 345.40 (G40.209), transtorno mental não especificado devido a convulsões parciais complexas 294.9 (F06.9).

Outro Transtorno Mental Especificado

300.9 (F99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno mental que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno mental específico. A categoria outro transtorno mental especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno mental específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno mental especificado", seguido da razão específica.

Transtorno Mental Não Especificado

300.9 (F99)

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno mental que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno mental. A categoria transtorno mental não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno mental específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos

Transtornos do movimento induzidos por medicamentos estão na Seção II devido à importância frequente 1) no manejo com medicamentos dos transtornos mentais ou outras condições médicas e 2) no diagnóstico diferencial dos transtornos mentais (p. ex., transtorno de ansiedade *versus* acatisia induzida por neurolépticos; catatonia maligna *versus* síndrome neuroléptica maligna). Embora esses transtornos do movimento sejam rotulados de "induzidos por medicamentos", costuma ser difícil estabelecer a relação causal entre a exposição ao medicamento e o desenvolvimento do transtorno do movimento, em especial porque alguns desses transtornos do movimento também ocorrem na ausência de exposição a medicamentos. As condições e os problemas listados neste capítulo não são transtornos mentais.

O termo *neuroléptico* está ficando desatualizado, uma vez que dá destaque à propensão de medicamentos antipsicóticos de causar movimentos anormais, estando, em vários contextos, em processo de substituição pelo termo *antipsicótico*. Ainda assim, *neuroléptico* continua apropriado ao contexto. Embora novos medicamentos neurolépticos possam ter menos probabilidade de causar transtornos do movimento induzidos por medicamentos, tais transtornos ainda ocorrem. Os medicamentos neurolépticos incluem os chamados agentes antipsicóticos convencionais, "típicos", ou de primeira geração (p. ex., clorpromazina, haloperidol, flufenazina); "atípicos", ou de segunda geração (p. ex., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina); alguns fármacos bloqueadores do receptor de dopamina, usados no tratamento de sintomas como náusea e gastroparesia (p. ex., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida); e amoxapina, comercializada como antidepressivo.

Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico
Parkinsonismo Induzido por Outro Medicamento

332.1 (G21.11) Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico
332.1 (G21.19) Parkinsonismo Induzido por Outro Medicamento

Tremor de Parkinson, rigidez muscular, acinesia (i.e., perda de movimentos ou dificuldade de iniciar os movimentos) ou bradicinesia (i.e., movimentos lentos) que se desenvolvem em poucas semanas do início ou aumento da dosagem de um medicamento (p. ex., um neuroléptico) ou após redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.

Síndrome Neuroléptica Maligna

333.92 (G21.0) Síndrome Neuroléptica Maligna

Embora a síndrome neuroléptica maligna seja facilmente reconhecida em sua forma clássica, costuma ser heterogênea no surgimento, na apresentação, na progressão e na evolução. As ca-

racterísticas clínicas descritas a seguir são as consideradas mais importantes, com base em recomendações de consensos, para que seja feito o diagnóstico de síndrome neuroléptica maligna.

Características Diagnósticas

Os pacientes, em geral, foram expostos a um antagonista da dopamina 72 horas antes do desenvolvimento dos sintomas. Hipertermia (> 38°C em, pelo menos, duas ocasiões, com medição oral) associada a diaforese profusa é uma característica distintiva da síndrome neuroléptica maligna, diferenciando-a de outros efeitos secundários neurológicos de medicamentos antipsicóticos. Elevações extremas de temperatura, reflexos de um colapso na termorregulação central, têm mais possibilidade de apoiar o diagnóstico de síndrome neuroléptica maligna. Rigidez generalizada, descrita como "cano de chumbo" em sua forma mais grave e comumente sem resposta a agentes antiparkinsonianos, é uma característica central do transtorno, podendo ser associada a outros sintomas neurológicos (p. ex., tremor, sialorreia, acinesia, distonia, trismo, mioclono, disartria, disfagia, rabdomiólise). Elevação da creatina quinase de pelo menos quatro vezes o limite superior do normal costuma ser um dado. Mudanças no estado mental, caracterizadas por *delirium* ou alteração de consciência, variando do estupor ao coma, normalmente são um primeiro sinal. Os indivíduos afetados podem parecer em estado de alerta, embora atordoados e não reagentes, situação consistente com estupor catatônico. Ativação e instabilidade autonômica – manifestadas por taquicardia (taxa > 25% acima dos níveis basais), diaforese, elevação da pressão arterial (sistólica ou diastólica $\geq$ 25% acima dos níveis basais) ou flutuação (mudança da pressão diastólica $\geq$ 20 mmHg ou mudança da pressão sistólica $\geq$ 25 mmHg em 24 horas), incontinência urinária e palidez – podem ser constatadas a qualquer momento, embora ofereçam um indicador precoce para o diagnóstico. Taquipneia (taxa > 50% acima dos níveis basais) é comum, e sofrimento respiratório – consequência de acidose metabólica, hipermetabolismo, restrição da parede do tórax, pneumonia aspirativa ou embolia pulmonar – pode ocorrer e levar a parada respiratória repentina.

Medidas diagnósticas ou terapêuticas, incluindo investigação laboratorial, para excluir outras etiologias ou complicações infecciosas, tóxicas, metabólicas e neuropsiquiátricas, são essenciais (ver a seção "Diagnóstico Diferencial" mais adiante no capítulo). Embora várias anormalidades laboratoriais estejam associadas à síndrome neuroléptica maligna, nenhuma é específica para o diagnóstico. Indivíduos com a síndrome podem ter leucocitose, acidose metabólica, hipoxia, concentrações séricas de ferro reduzidas e elevações nas enzimas musculares séricas e catecolaminas. Os achados da análise do líquido cerebrospinal e estudos de neuroimagem costumam ser normais, ao passo que o eletrencefalograma mostra desaceleração generalizada. Achados de necropsia, em casos fatais, não têm sido específicos, além de mostrar variação, dependendo das complicações.

Desenvolvimento e Curso

Evidências de estudos de bases de dados sugerem taxas de incidência para síndrome neuroléptica maligna de 0,01 a 0,02% entre pessoas tratadas com antipsicóticos. A progressão temporal dos sinais e sintomas oferece indicadores importantes para o diagnóstico e o prognóstico da síndrome. Alteração no estado mental e outros sinais neurológicos costumam anteceder os sinais sistêmicos. O surgimento dos sintomas varia de horas a dias após o início do fármaco. Alguns casos se desenvolvem em 24 horas após o início do fármaco, a maior parte, em uma semana, e praticamente todos os casos em 30 dias. Uma vez diagnosticada a síndrome e interrompidos os fármacos antipsicóticos orais, a síndrome neuroléptica maligna é autolimitada na maior parte dos casos. O tempo médio de recuperação após a interrupção do fármaco é de 7 a 10 dias, com a maioria das pessoas recuperando-se em uma semana, e quase todas em 30 dias. A duração pode ser prolongada quando antipsicóticos de ação prolongada estão sendo usados. Há relatos de

indivíduos em que houve persistência de sinais neurológicos residuais durante semanas após a resolução dos sintomas hipermetabólicos agudos. O desaparecimento total dos sintomas pode ser obtido na maioria dos casos de síndrome neuroléptica maligna; foram relatadas, entretanto, taxas de fatalidade de 10 a 20% quando o problema não é reconhecido. Embora muitos indivíduos não tenham recorrência da síndrome, quando novamente ingerem medicamento antipsicótico, alguns a experimentam logo que os antipsicóticos voltam a ser usados após um episódio.

Fatores de Risco e Prognóstico

A síndrome neuroléptica maligna é um risco potencial, em qualquer indivíduo, após administração de antipsicóticos. Não é específica de nenhum diagnóstico neuropsiquiátrico, podendo ocorrer em indivíduos sem um transtorno mental diagnosticável que receberam antagonistas dopaminérgicos. Fatores clínicos, sistêmicos e metabólicos associados a risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna incluem agitação, exaustão, desidratação e deficiência de ferro. Um episódio anterior associado a antipsicóticos é descrito em 15 a 20% dos casos, sugerindo vulnerabilidade subjacente em alguns pacientes; porém, achados genéticos baseados em polimorfismos dos receptores de neurotransmissores não foram replicados de forma consistente.

Quase todos os antagonistas dopaminérgicos estão associados a síndrome neuroléptica maligna, embora os antipsicóticos de alta potência apresentem um risco maior comparados aos agentes de baixa potência e aos antipsicóticos atípicos mais novos. Formas parciais ou mais leves podem ser associadas a antipsicóticos mais recentes, embora a síndrome varie quanto à gravidade, mesmo com os fármacos mais antigos. Os antagonistas dopaminérgicos usados em contextos médicos (p. ex., metoclopramida, proclorperazina) também têm sido implicados. Vias parenterais de administração, taxas de titulação rápidas e dosagens totais mais altas dos fármacos estão associadas a aumento do risco; a síndrome neuroléptica maligna, no entanto, costuma ocorrer em uma variação terapêutica da dose de antipsicóticos.

Diagnóstico Diferencial

A síndrome neuroléptica maligna deve ser diferenciada de outras condições neurológicas ou médicas graves, inclusive de infecções do sistema nervoso central, condições inflamatórias ou autoimunes, estado de mal epilético, lesões estruturais subcorticais e condições sistêmicas (p. ex., feocromocitoma, tireotoxicose, tétano, insolação).

Deve ser diferenciada, ainda, de síndromes similares, resultantes do uso de outras substâncias ou medicamentos, como a síndrome serotonérgica; da síndrome da hipertermia parkinsoniana após interrupção repentina de agonistas dopaminérgicos; da abstinência de álcool ou sedativos; da hipertermia maligna que ocorre durante anestesia; da hipertermia associada a abuso de estimulantes e alucinógenos; da intoxicação atropínica resultante de anticolinérgicos.

Em raras ocasiões, indivíduos com esquizofrenia ou algum transtorno do humor podem apresentar catatonia maligna, que pode ser indistinguível da síndrome neuroléptica maligna. Alguns pesquisadores consideram a síndrome neuroléptica maligna uma forma de catatonia maligna induzida por fármacos.

Distonia Aguda Induzida por Medicamento

333.72 (G24.02) Distonia Aguda Induzida por Medicamento

Contração anormal e prolongada dos músculos oculares (crise oculogírica), cabeça e pescoço (torcicolo ou retrocolo), membros ou tronco que surge em poucos dias a partir do início ou elevação da dose de um medicamento (como um neuroléptico) ou após redução da dose de um medicamento usado para o tratamento de sintomas extrapiramidais.

Acatisia Aguda Induzida por Medicamento

333.99 (G25.71) Acatisia Aguda Induzida por Medicamento

Queixas subjetivas de inquietação, frequentemente acompanhada de observação de movimentos excessivos (p. ex., movimentos inquieto das pernas, apoiando-se alternadamente em um pé ou no outro, passadas de um lado a outro, incapacidade de sentar ou permanecer parado), com desenvolvimento em poucas semanas a partir do início ou aumento da dose de algum medicamento (como um neuroléptico) ou após redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais.

Discinesia Tardia

333.85 (G24.01) Discinesia Tardia

Movimentos atetoides ou coreiformes involuntários (com duração de, no mínimo, de algumas semanas), geralmente da língua, porção inferior da face e mandíbula, extremidades (embora, algumas vezes, haja envolvimento dos músculos da faringe, do diafragma ou do tronco), surgidos em associação com o uso de um medicamento neuroléptico durante pelo menos poucos meses.

Os sintomas podem surgir após período mais curto de uso de medicamento em idosos. Em alguns pacientes, os movimentos desse tipo podem aparecer após interrupção, mudança ou redução na dosagem dos neurolépticos, caso em que a condição é chamada de *discinesia emergente pela retirada de neuroléptico*. Pelo fato de a discinesia emergente por retirada ser geralmente limitada, durando menos de 4 a 8 semanas, a discinesia que persiste além desse período é considerada discinesia tardia.

Distonia Tardia
Acatisia Tardia

333.72 (G24.09) Distonia Tardia

333.99 (G25.71) Acatisia Tardia

Síndrome tardia envolvendo outros tipos de problemas nos movimentos, como a distonia ou a acatisia, que são diferenciadas por seu surgimento posterior no curso do tratamento e por sua potencial persistência por meses até anos, mesmo diante de interrupção ou redução na dose do neuroléptico.

Tremor Postural Induzido por Medicamento

333.1 (G25.1) Tremor Postural Induzido por Medicamento

Tremor fino (geralmente no intervalo de 8 a 12 Hz) ocorrendo durante tentativas para manter uma postura e desenvolvido em associação com o uso de medicamento (p. ex., lítio, antidepressivos, valproato). Esse tremor é muito similar àquele visto na ansiedade e no uso de cafeína e outros estimulantes.

Outro Transtorno do Movimento Induzido por Medicamento

333.99 (G25.79) Outro Transtorno do Movimento Induzido por Medicamento

Esta categoria é para transtornos do movimento induzidos por medicamento não abrangidos por nenhum dos transtornos específicos listados anteriormente. Os exemplos incluem 1) apresenta-

ções que se assemelham à síndrome neuroléptica maligna associada a outros medicamentos que não os neurolépticos e 2) outras condições tardias induzidas por medicamentos.

Síndrome da Descontinuação de Antidepressivos

995.29 (T43.205A) Consulta inicial

995.29 (T43.205D) Consulta de seguimento

995.29 (T43.205S) Sequelas

A síndrome da descontinuação de antidepressivos é um conjunto de sintomas que podem ocorrer após cessação repentina (ou redução acentuada na dose) de um medicamento antidepressivo tomado de forma contínua durante pelo menos um mês. Os sintomas em geral começam em 2 a 4 dias e normalmente incluem manifestações sensoriais, somáticas e cognitivo-emocionais específicas. Sintomas sensoriais e somáticos frequentemente relatados incluem *flashes* de luz, sensações de "choque elétrico", náusea e hiper-responsividade a ruídos ou luzes. Ansiedade e sentimentos não específicos de temor também podem ser relatados. Os sintomas são aliviados pelo reinício do mesmo medicamento ou início de outro com mecanismo de ação similar – por exemplo, sintomas de descontinuação depois de retirada de um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina podem ser diminuídos iniciando-se um antidepressivo tricíclico. Para serem qualificados como síndrome da descontinuação de antidepressivo, os sintomas não devem ter estado presentes antes da redução da dose do antidepressivo, não sendo mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., episódio maníaco ou hipomaníaco, intoxicação por substância, abstinência de substância, transtorno de sintomas somáticos).

Características Diagnósticas

Os sintomas de descontinuação podem ocorrer após tratamento com antidepressivos tricíclicos (p. ex., imipramina, amitriptilina, desipramina), inibidores da recaptação da serotonina (p. ex., fluoxetina, paroxetina, sertralina) e inibidores da monoaminoxidase (p. ex., fenelazina, selegilina, pargilina). A incidência dessa síndrome depende da dosagem e da meia-vida dos medicamentos que estão sendo tomados, bem como da velocidade da descontinuação. Medicamentos de curta ação que são interrompidos abruptamente em vez de reduzidos de forma lenta podem acarretar risco maior. A paroxetina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) de ação curta, é o agente de uso mais comumente associado a sintomas de descontinuação, embora esses sintomas ocorram para todos os tipos de antidepressivos.

Diferentemente das síndromes de retirada associadas a opioides, álcool e outras substâncias de abuso, a síndrome da descontinuação de antidepressivos não tem sintomas patognomônicos. Os sintomas, em vez disso, tendem a ser vagos e variáveis, normalmente iniciando 2 a 4 dias após a última dose do antidepressivo. Para os ISRSs (p. ex., paroxetina), são descritos sintomas como tontura, zumbido nos ouvidos, "choques elétricos na cabeça", incapacidade para dormir e ansiedade aguda. O uso de antidepressivo antes da descontinuação não deve ter sido acompanhado de hipomania ou euforia (i.e., deve haver certeza de que a síndrome da descontinuação não resulta de oscilações na estabilidade do humor associadas a tratamento anterior). A síndrome da descontinuação do antidepressivo baseia-se, unicamente, em fatores farmacológicos, não sendo relacionada com os efeitos de reforço de um antidepressivo. Além disso, no caso de potencialização de um antidepressivo com um estimulante, a cessação repentina pode resultar em sintomas de abstinência de estimulantes (ver "Abstinência de Estimulantes" no capítulo "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos"), mais do que na síndrome da descontinuação de antidepressivos aqui descrita.

Prevalência

A prevalência da síndrome da descontinuação de antidepressivos é desconhecida; acredita-se, no entanto, que varie conforme a dose anterior à descontinuação, a meia-vida, a afinidade de ligação ao receptor que tem o medicamento e, provavelmente, a taxa de metabolismo do indivíduo para esse medicamento, que é influenciada geneticamente.

Curso e Desenvolvimento

Como faltam estudos longitudinais, pouco se sabe sobre o curso clínico da síndrome da descontinuação de antidepressivos. Os sintomas parecem diminuir com o tempo, com reduções bastante gradativas da dosagem. Após um episódio, alguns indivíduos preferem retomar indefinidamente a medicação, quando tolerada.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial da síndrome da descontinuação de antidepressivos inclui transtornos de ansiedade e depressivo, transtornos por uso de substância e tolerância a medicamentos.

Transtorno de ansiedade e transtorno depressivo. Os sintomas de descontinuação costumam assemelhar-se aos de um transtorno persistente de ansiedade ou a um retorno dos sintomas somáticos de depressão para os quais o medicamento foi dado no início.

Transtornos por uso de substância. A síndrome da descontinuação de antidepressivos difere da abstinência de substâncias pelo fato de os antidepressivos por si só não terem efeitos de reforço ou euforia. A dose do medicamento não costuma ser aumentada sem permissão do médico, e o indivíduo, em geral, não se envolve em comportamento de busca da droga para obter medicamento adicional. Os critérios para transtorno por uso de substância não são atendidos.

Tolerância a medicamentos. Sintomas de tolerância e descontinuação podem ocorrer como resposta fisiológica normal à interrupção do medicamento, após uso prolongado. A maioria dos casos de tolerância a medicamento pode ser controlada por meio de uma diminuição cuidadosamente controlada.

Comorbidade

Em geral, o indivíduo iniciou o medicamento para um transtorno depressivo maior; os sintomas originais podem retornar durante a síndrome da descontinuação.

Outros Efeitos Adversos dos Medicamentos

995.20 (T50.905A) Consulta inicial

995.20 (T50.905D) Consulta de seguimento

995.20 (T50.905S) Sequelas

Esta categoria está disponível para uso opcional pelos clínicos para codificar os efeitos colaterais dos medicamentos (diferentes de sintomas do movimento) quando esses efeitos adversos se tornam o foco principal da atenção clínica. Os exemplos incluem hipotensão grave, arritmias cardíacas e priapismo.

Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica

Esta discussão abrange outras condições e problemas que podem ser foco de atenção clínica ou que de outra forma afetem o diagnóstico, o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental de um paciente. Essas condições são apresentadas com os códigos correspondentes da CID-9-MC (normalmente, códigos V) e da CID-10-MC (normalmente, códigos Z). Uma condição ou problema neste capítulo pode ser codificada quando se trata de uma razão para a consulta atual ou ajuda a explicar a necessidade de um exame, procedimento ou tratamento. As condições e os problemas neste capítulo podem também ser incluídos no prontuário médico como informações úteis sobre as circunstâncias capazes de afetar o atendimento ao paciente, independentemente de sua relevância para a consulta do momento.

As condições e os problemas listados neste capítulo não são transtornos mentais. Sua inclusão no DSM-5 pretende atrair atenção para a abrangência das questões adicionais que podem ser encontradas na prática clínica de rotina, além de constituir uma lista sistemática que pode ser útil aos clínicos na documentação dessas questões.

Problemas de Relacionamento

Relacionamentos essenciais, em especial os com parceiros adultos íntimos e os pais/cuidadores, têm forte impacto na saúde dos indivíduos envolvidos. Em relação à saúde, esses relacionamentos podem ser promotores e protetores, neutros ou prejudiciais. Em um extremo, esses relacionamentos íntimos podem ser associados a maus-tratos ou negligência, com consequências médicas e psicológicas significativas para a pessoa afetada. Um problema de relacionamento pode ser objeto da atenção clínica tanto pela razão pela qual o indivíduo procura o atendimento quanto pelo fato de ser um problema que afeta o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental ou de outro problema médico do indivíduo.

Problemas Relacionados à Educação Familiar

V61.20 (Z62.820) Problema de Relacionamento entre Pais e Filhos

Para esta categoria, o termo *pais* é usado em referência a um dos principais cuidadores da criança, que pode ser pai biológico, adotivo ou institucional, ou, ainda, ser outro familiar (como um dos avós) que desempenha um papel de pai para a criança. Esta categoria deve ser usada quando o foco principal da atenção clínica é tratar a qualidade da relação entre pais e filhos, ou quando a qualidade dessa relação está afetando o curso, o prognóstico ou o tratamento de um transtorno mental ou outro problema médico. Comumente, o problema de relacionamento entre pais e filhos está associado a prejuízo no funcionamento nos domínios comportamental, cognitivo ou afetivo. Exemplos de problemas comportamentais incluem controle parental inadequado, supervisão e envolvimento com a criança; excesso de proteção parental; excesso de pressão parental; discussões que se tornam ameaças de violência física; esquiva sem solução dos problemas. Os problemas cognitivos podem incluir atribuições negativas das intenções dos outros, hostilidade contra ou culpabilização do outro e sentimentos injustificados de estranhamento. Os problemas afetivos podem incluir sentimentos de tristeza, apatia ou raiva relativa ao outro indivíduo na relação. Os clínicos devem levar em conta as necessidades desenvolvimentais infantis, bem como o contexto cultural.

V61.8 (Z62.891) Problema de Relacionamento com Irmão
Esta categoria deve ser usada quando o foco da atenção clínica é um padrão de interação entre irmãos associado a prejuízo significativo no funcionamento individual ou familiar, a desenvolvimento de sintomas em um ou mais de um dos irmãos, ou quando um problema de relacionamento com irmãos está afetando o curso, o prognóstico ou o tratamento de um transtorno mental ou outro problema médico de um irmão. Esta categoria pode ser usada para crianças ou adultos quando o foco está na relação com um irmão. Nesse contexto, inclui-se irmão, meio-irmão, irmão adotivo ou adotado.

V61.8 (Z62.29) Educação Longe dos Pais
Esta categoria deve ser usada quando o foco central da atenção clínica pertence a questões relativas ao fato de a criança ser educada longe dos pais, ou quando essa criação separada afeta o curso, o prognóstico ou o tratamento de um transtorno mental ou outro problema médico. A criança pode estar sob custódia do Estado, colocada em instituição especial. Ela pode também morar na casa de um familiar que não o pai ou a mãe, ou com amigos, cuja colocação afastada da casa dos pais, no entanto, não é obrigatória ou sancionada pelo judiciário. Os problemas relativos a uma criança que mora em uma casa coletiva ou em um orfanato também estão inclusos. Esta categoria exclui questões relacionadas a V60.6 (Z59.3) crianças em internatos.

V61.29 (Z62.898) Criança Afetada por Sofrimento na Relação dos Pais
Esta categoria deve ser usada quando o foco da atenção clínica inclui os efeitos negativos de discórdia na relação dos pais (p. ex., altos níveis de conflito, sofrimento ou menosprezo) em um filho da família, inclusive os efeitos no transtorno mental ou em outra condição médica da criança.

Outros Problemas Relacionados a Grupo de Apoio Primário

V61.10 (Z63.0) Sofrimento na Relação com o Cônjuge ou Parceiro Íntimo
Esta categoria deve ser usada quando o foco principal do contato clínico volta-se para a qualidade da relação de intimidade (cônjuge ou parceiro), ou quando a qualidade desse relacionamento está afetando o curso, o prognóstico ou o tratamento de um transtorno mental ou outro problema médico. Os parceiros podem ser do mesmo gênero ou de gêneros diferentes. Comumente, o sofrimento no relacionamento está associado a funcionamento prejudicado nos domínios comportamental, cognitivo ou afetivo. Exemplos de problemas comportamentais incluem dificuldade para resolver conflitos, afastamento e envolvimento excessivo. Problemas cognitivos podem se manifestar como atribuições negativas crônicas das intenções ou indeferimentos de comportamentos positivos do parceiro. Problemas afetivos incluem tristeza crônica, apatia e/ou raiva do parceiro.

Nota: Esta categoria exclui consultas clínicas para serviços de saúde mental para o cônjuge ou problemas de abuso do parceiro V61.1x (Z69.1x) e aconselhamento sexual V65.49 (Z70.9).

V61.03 (Z63.5) Ruptura da Família por Separação ou Divórcio
Esta categoria deve ser usada quando parceiros que compõem um casal adulto com intimidade estão separados devido a problemas de relacionamento ou quando estão em processo de divórcio.

V61.8 (Z63.8) Nível de Expressão Emocional Alto na Família
Emoção expressa é um construto usado como uma medida qualitativa da "quantidade" de emoção – em especial hostilidade, excesso de envolvimento emocional e crítica voltados a um membro da família que é paciente identificado – exibida no ambiente familiar. Esta categoria deve ser usada quando o alto nível de expressão emocional da família é o foco da atenção clínica ou está afetando o curso, o prognóstico e o tratamento do transtorno mental ou condição médica de um membro da família.

V62.82 (Z63.4) Luto Sem Complicações
Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de um ente querido. Como parte de sua reação a essa perda, alguns indivíduos em sofrimento

se apresentam com sintomas característicos de um episódio depressivo maior – por exemplo, sentimentos de tristeza e sintomas associados, como insônia, apetite reduzido e perda de peso. A pessoa enlutada costuma considerar o humor depressivo como "normal", embora possa procurar ajuda profissional para alívio dos sintomas associados, como insônia ou anorexia. A duração e a expressão do luto "normal" variam muito entre diferentes grupos culturais. Mais orientações para que se diferencie luto de um episódio depressivo maior são parte dos critérios para episódio depressivo maior.

Abuso e Negligência

Maus-tratos por membro da família (p. ex., cuidador, parceiro adulto íntimo), ou por pessoa que não é familiar, podem ser a área do foco clínico atual, ou esses maus-tratos podem ser um fator importante na investigação e no tratamento de pacientes com transtorno mental ou outra condição médica. Devido às implicações legais de abuso e negligência, deve-se ter cautela ao avaliar essas condições e designar esses códigos. Uma história anterior de abuso ou negligência pode influenciar o diagnóstico e a resposta ao tratamento em muitos transtornos mentais, podendo ainda ser registrada com o diagnóstico.

Para as categorias a seguir, além de listas dos eventos confirmados ou suspeitas de abuso ou negligência, outros códigos são oferecidos para uso quando a consulta clínica atual buscar o oferecimento de serviços de saúde mental à vítima ou ao perpetrador do abuso ou negligência. Há, ainda, um código separado para a designação da história anterior de abuso ou negligência.

Nota para codificação para a CID-10-MC Condições de Abuso e Negligência
Para os códigos T apenas, o sétimo caractere deve ser codificado assim:

A (consulta inicial) – Usar enquanto o paciente estiver recebendo tratamento para a condição (p. ex., tratamento cirúrgico, consulta no setor de emergência, avaliação e tratamento por um novo clínico); ou

D (consulta de seguimento) – Usar para consultas depois que o paciente recebeu tratamento para a condição e quando ele estiver recebendo atendimento de rotina para a condição durante a cura ou fase de recuperação (p. ex., troca ou remoção de imobilização, remoção de dispositivo de fixação externa ou interna, ajuste medicamentoso, outras consultas pós-atendimento e de acompanhamento).

Problemas de Maus-tratos e Negligência Infantil

Abuso Físico Infantil

Abuso físico infantil é uma lesão física não acidental a uma criança – com variações desde contusões de menor importância a fraturas graves ou morte – ocorrendo em consequência de beliscões, espancamento, chutes, mordidas, sacudidas, arremesso de objeto, facada, sufocação, batidas (com a mão, uma vara, uma cinta ou outro objeto), queimadura ou outro método infligido por um dos pais, cuidador ou outro indivíduo responsável pela criança. Esse tipo de lesão é considerado abuso, independentemente de o cuidador ter tido ou não intenção de machucar a criança. Disciplina física, como usar as palmadas ou palmatória, não é considerada abuso, desde que dentro do razoável, sem causar lesão no corpo da criança.

Abuso Físico Infantil Confirmado

995.54 (T74.12XA) Consulta inicial

995.54 (T74.12XD) Consulta de seguimento

Abuso Físico Infantil Suspeitado

995.54 (T76.12XA) Consulta inicial

995.54 (T76.12XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Físico Infantil

V61.21 (Z69.010) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil por um dos pais

V61.21 (Z69.020) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil não parental

V15.41 (Z62.810) História pessoal (história anterior) de abuso físico na infância

V61.22 (Z69.011) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil parental

V62.83 (Z69.021) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil não parental

Abuso Sexual Infantil

O abuso sexual infantil abrange qualquer ato sexual envolvendo uma criança, com intenção de propiciar gratificação sexual a um dos pais, cuidador ou outro indivíduo responsável pela criança. Inclui atividades como carícias nos genitais da criança, penetração, incesto, estupro, sodomia e exposição indecente. Inclui, ainda, exploração sem contato de uma criança, por um dos pais ou cuidador – por exemplo, obrigar, enganar, seduzir, ameaçar ou pressionar uma criança a participar de atos para a gratificação sexual de outros, sem contato físico direto entre a criança e o abusador.

Abuso Sexual Infantil Confirmado

995.53 (T74.22XA) Consulta inicial

995.53 (T74.22XD) Consulta de seguimento

Abuso Sexual Infantil Suspeitado

995.53 (T76.22XA) Consulta inicial

995.53 (T76.22XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Sexual Infantil

V61.21 (Z69.010) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil por um dos pais

V61.21 (Z69.020) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil não parental

V15.41 (Z62.810) História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância

V61.22 (Z69.011) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil parental

V62.83 (Z69.021) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil não parental

Negligência Infantil

A negligência infantil é definida como qualquer ato ou omissão notáveis, confirmados ou suspeitados por um dos pais ou outro cuidador da criança, que a privam das necessidades básicas adequadas à idade e, assim, resultam, ou têm razoável potencial de resultar, em dano físico ou psicológico à criança. A negligência infantil abrange abandono, falta de supervisão apropriada, fracasso em satisfazer às necessidades emocionais ou psicológicas e fracasso em dar educação, atendimento médico, alimentação, moradia/ou vestimentas necessárias.

Negligência Infantil Confirmada
995.52 (T74.02XA) Consulta inicial
995.52 (T74.02XD) Consulta de seguimento

Negligência Infantil Suspeitada
995.52 (T76.02XA) Consulta inicial
995.52 (T76.02XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Negligência Infantil
V61.21 (Z69.010) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil por um dos pais
V61.21 (Z69.020) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil não parental
V15.42 (Z62.812) História pessoal (história anterior) de negligência na infância
V61.22 (Z69.011) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil parental
V62.83 (Z69.021) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil não parental

Abuso Psicológico Infantil

Abuso psicológico infantil inclui atos verbais ou simbólicos não acidentais cometidos por um dos pais ou cuidador da criança que resultam, ou têm potencial razoável para resultar, em dano psicológico significativo à criança. (Atos abusivos físicos e sexuais não fazem parte desta categoria.) Exemplos de abuso psicológico de uma criança incluem repreender, depreciar ou humilhar a criança; ameaçar a criança; prejudicar/abandonar – ou indicar que o suposto ofensor irá prejudicar/abandonar – pessoas ou coisas de que a criança gosta; confinar a criança (atos de amarrar braços ou pernas ou prender em peça do mobiliário ou outro objeto, ou confinar em área fechada pequena [p. ex., armário]); culpar vulgarmente a criança; coagir a criança a causar dor em si mesma; disciplinar excessivamente a criança (i.e., com frequência ou duração extremamente altas, mesmo que não configure abuso físico) por meio de recursos físicos ou não físicos.

Abuso Psicológico Infantil Confirmado
995.51 (T74.32XA) Consulta inicial
995.51 (T74.32XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico Infantil Suspeitado
995.51 (T76.32XA) Consulta inicial
995.51 (T76.32XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Psicológico Infantil
V61.21 (Z69.010) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil por um dos pais
V61.21 (Z69.020) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil não parental
V15.42 (Z62.811) História pessoal (história anterior) de abuso psicológico na infância
V61.22 (Z69.011) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil parental
V62.83 (Z69.021) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil não parental

Problemas de Maus-tratos e Negligência de Adultos

Violência Física de Cônjuge ou Parceiro

Esta categoria deve ser usada quando atos não acidentais de força física que resultam, ou têm potencial razoável de resultar, em dano físico a parceiro íntimo ou evocam medo significativo no parceiro ocorreram durante o ano anterior. Atos não acidentais de força física incluem empurrar, esbofetear, puxar os cabelos, beliscar, imobilizar, sacudir, jogar, morder, chutar, atingir com punho ou objeto, queimar, envenenar, aplicar força à garganta, cortar o fornecimento de ar, segurar a cabeça sob a água e usar uma arma. Atos para proteger-se fisicamente ou proteger o próprio parceiro ficam excluídos.

Violência Física de Cônjuge ou Parceiro Confirmada

995.81 (T74.11XA) Consulta inicial

995.81 (T74.11XD) Consulta de seguimento

Violência Física de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada

995.81 (T76.11XA) Consulta inicial

995.81 (T76.11XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Violência Física de Cônjuge ou Parceiro

V61.11 (Z69.11) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência física de cônjuge ou parceiro

V15.41 (Z91.410) História pessoal (história anterior) de violência física de cônjuge ou parceiro

61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência física de cônjuge ou parceiro

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro

Esta categoria deve ser usada quando atos sexuais forçados ou sob coação com parceiro íntimo ocorreram durante o ano anterior. A violência sexual pode envolver o uso de força física ou coerção psicológica para compelir o parceiro a envolver-se em ato sexual contra sua vontade, seja esse ato realizado ou não. Também fazem parte desta categoria atos sexuais com parceiro íntimo que não consegue consentir.

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro Confirmada

995.83 (T74.21XA) Consulta inicial

995.83 (T74.21XD) Consulta de seguimento

Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada

995.83 (T76.21XA) Consulta inicial

995.83 (T76.21XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Violência Sexual de Cônjuge ou Parceiro

V61.11 (Z69.81) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência sexual de cônjuge ou parceiro

V15.41 (Z91.410) História pessoal (história anterior) de violência sexual de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência sexual de cônjuge ou parceiro

Negligência de Cônjuge ou Parceiro

A negligência de cônjuge ou parceiro é todo ato ou omissão notórios no ano anterior cometidos por um parceiro que priva o parceiro dependente das necessidades básicas, resultando, ou com potencial razoável de resultar, em dano físico ou psicológico para essa pessoa. Esta categoria é usada no contexto dos relacionamentos em que um dos parceiros é extremamente dependente do outro para cuidados e assistência na realização das atividades cotidianas – por exemplo, parceiro incapacitado para o autocuidado devido a limitações físicas, psicológicas/intelectuais ou culturais substanciais (p. ex., incapacidade de comunicar-se com os outros e de controlar as atividades cotidianas em razão de morar em país de cultura estrangeira).

Negligência de Cônjuge ou Parceiro Confirmada
995.85 (T74.01XA) Consulta inicial

995.85 (T74.01XD) Consulta de seguimento

Negligência de Cônjuge ou Parceiro Suspeitada
995.85 (T76.01XA) Consulta inicial

995.85 (T76.01XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Negligência de Cônjuge ou Parceiro
V61.11 (Z69.11) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro

V15.42 (Z91.412) História pessoal (história anterior) de negligência de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro

O abuso psicológico de cônjuge ou parceiro engloba atos verbais ou simbólicos não acidentais cometidos por um dos parceiros que resultam, ou têm razoável potencial para resultar, em dano significativo ao outro. Esta categoria deve ser usada quando esse abuso psicológico ocorreu durante o ano anterior. Atos de abuso psicológico incluem repreender ou humilhar a vítima; interrogar a vítima; limitar a capacidade da vítima de ir e vir livremente; obstruir o acesso da vítima a assistência (p. ex., obrigação legal, recursos legais, de proteção, médicos); ameaçar a vítima com dano físico ou agressão sexual; causar dano ou ameaçar causar dano a pessoas ou coisas importantes para a vítima; restringir injustificadamente o acesso ou o uso de recursos econômicos pela vítima; isolar a vítima da família, de amigos ou de recursos de apoio social; perseguir a vítima; tentar fazê-la acreditar que está louca.

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro Confirmado
995.82 (T74.31XA) Consulta inicial

995.82 (T74.31XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro Suspeitado
995.82 (T76.31XA) Consulta inicial

995.82 (T76.31XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso Psicológico de Cônjuge ou Parceiro
V61.11 (Z69.11) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

V15.42 (Z91.411) História pessoal (história anterior) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

V61.12 (Z69.12) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro

Abuso de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro

Estas categorias devem ser usadas quando um adulto sofreu abuso de outro adulto que não o parceiro íntimo. Esse tipo de maus-tratos pode envolver atos de abuso físico, sexual ou emocional. Exemplos de abuso de adulto incluem atos não acidentais de força física (p. ex., empurrar, arranhar, estapear, atirar algo capaz de ferir, beliscar, morder) que resultam – ou têm razoável potencial de resultar – em dano físico ou causam muito medo, atos sexuais forçados ou coagidos e atos verbais ou simbólicos, com potencial de causar dano psicológico (p. ex., repreender ou humilhar a pessoa; interrogar a pessoa; limitar a capacidade da pessoa de ir e vir em liberdade; obstruir o acesso da pessoa a assistência; ameaçar a pessoa; ferir ou ameaçar a pessoa de causar dano a outras pessoas ou coisas importantes para ela; restringir o acesso ou o uso dos recursos econômicos pela pessoa; isolar a pessoa da família, de amigos ou de recursos de apoio social; perseguir a pessoa; tentar fazê-la acreditar que está louca). Os atos que buscam proteção a si mesmo ou a outra pessoa estão excluídos.

Abuso Físico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado

995.81 (T74.11XA) Consulta inicial

995.81 (T74.11XD) Consulta de seguimento

Abuso Físico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado

995.81 (T76.11XA) Consulta inicial

995.81 (T76.11XD) Consulta de seguimento

Abuso Sexual de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado

995.83 (T74.21XA) Consulta inicial

995.83 (T74.21XD) Consulta de seguimento

Abuso Sexual de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado

995.83 (T76.21XA) Consulta inicial

995.83 (T76.21XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Confirmado

995.82 (T74.31XA) Consulta inicial

995.82 (T74.31XD) Consulta de seguimento

Abuso Psicológico de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro Suspeitado

995.82 (T76.31XA) Consulta inicial

995.82 (T76.31XD) Consulta de seguimento

Outras Circunstâncias Relacionadas a Abuso de Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro

V65.49 (Z69.81) Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro

V62.83 (Z69.82) Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro

Problemas Educacionais ou Profissionais

Problemas Educacionais

V62.3 (Z55.9) Problema Acadêmico ou Educacional

Esta categoria deve ser usada quando um problema acadêmico ou educacional é o foco da atenção clínica ou causa impacto no diagnóstico, no tratamento ou no prognóstico do indivíduo. Os problemas a serem considerados incluem analfabetismo ou baixo nível de instrução; falta de acesso à escola em razão de indisponibilidade ou impossibilidade; problemas com o desempenho acadêmico (p. ex., fracasso nos exames escolares, recebimento de sinais ou graus de fracasso) ou baixo rendimento (abaixo do esperado, considerada a capacidade intelectual do indivíduo); desentendimento com professores, funcionários da escola ou outros estudantes; e quaisquer problemas relacionados a educação e/ou instrução.

Problemas Profissionais

V62.21 (Z56.82) Problema Relacionado a Condição Atual de Preparação Militar

Esta categoria deve ser usada quando um problema profissional diretamente relacionado à condição de preparação militar de um indivíduo é o foco da atenção clínica ou causa impacto no diagnóstico, no tratamento ou no prognóstico individual. As reações psicológicas à preparação não estão nesta categoria; elas são mais bem entendidas como um transtorno de adaptação ou outro transtorno mental.

V62.29 (Z56.9) Outro Problema Relacionado a Emprego

Esta categoria deve ser usada quando um problema profissional é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou prognóstico individual. As áreas a serem consideradas incluem problemas com o emprego ou no ambiente de trabalho, incluindo desemprego; mudança recente de trabalho; ameaça de perda de emprego; insatisfação com o trabalho; agenda de trabalho estressante; incerteza quanto às escolhas profissionais; assédio sexual no local de trabalho; outras discordâncias com o patrão, supervisor, colegas ou outros no ambiente de trabalho; ambientes de trabalho hostis ou desagradáveis; outros estressores psicossociais relacionados ao trabalho e quaisquer outros problemas relacionados ao emprego e/ou profissão.

Problemas de Moradia e Econômicos

Problemas de Moradia

V60.0 (Z59.0) Os Sem-teto

Esta categoria deve ser usada quando a falta de uma moradia ou endereço regular causa impacto importante no tratamento ou prognóstico do indivíduo. Considera-se que uma pessoa não tem moradia quando sua residência primária à noite é um abrigo para pessoas sem-teto, um abrigo para dias frios, um abrigo contra violência doméstica, um espaço público (p. ex., túnel, estação rodoviária ou de trem, um centro de compras), um prédio de uso não residencial (p. ex., estrutura abandonada, fábrica sem uso), uma caixa de papelão ou caverna ou quando está em alguma outra situação habitacional *ad hoc*.

V60.1 (Z59.1) Moradia Inadequada

Esta categoria deve ser usada quando a falta de moradia adequada causa impacto no tratamento ou prognóstico individual. Exemplos de moradia inadequada incluem falta de aquecimento (nas baixas temperaturas) ou eletricidade, infestação de insetos ou roedores, encanamento e instalações sanitárias inadequadas, superpopulação, falta de espaço adequado para dormir e ruído excessivo. É importante considerar normas culturais antes de designar esta categoria.

V60.89 (Z59.2) Desentendimento com Vizinho, Locatário ou Locador
Esta categoria deve ser usada quando desentendimento com vizinhos, locatário ou locador é um dos focos da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo.

V60.6 (Z59.3) Problema Relacionado a Moradia em Instituição Especial
Esta categoria deve ser usada quando um problema (ou problemas) relacionado à moradia em instituição especial é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou prognóstico da pessoa. Reações psicológicas a uma mudança na situação de vida não são parte desta categoria; essas reações são mais bem entendidas como um transtorno de adaptação.

Problemas Econômicos

V60.2 (Z59.4) Falta de Alimento Adequado ou de Água Potável para Consumo

V60.2 (Z59.5) Pobreza Extrema

V60.2 (Z59.6) Baixa Renda

V60.2 (Z59.7) Seguro Social ou Previdência Social Insuficientes
Esta categoria deve ser usada para indivíduos que atendem a critérios de elegibilidade para apoio social ou previdenciário que não o estão recebendo, ou que o recebem, mas este é insuficiente para atender às suas necessidades, ou para aqueles que não têm acesso a programas de seguridade ou de apoio necessário. Os exemplos incluem incapacidade de qualificar-se para auxílio governamental por falta de documentação adequada ou comprovante de residência, incapacidade de conseguir plano de saúde adequado em razão da idade ou de uma condição preexistente e negação de apoio devido a rendimentos excessivamente reduzidos ou a outras exigências.

V60.9 (Z59.9) Moradia ou Problema Econômico Não Especificado
Esta categoria deve ser usada quando há algum problema relacionado à moradia ou a circunstâncias econômicas que não as especificadas anteriormente.

Outros Problemas Relacionados ao Ambiente Social

V62.89 (Z60.0) Problema Relacionado à Fase da Vida
Esta categoria deve ser usada quando um problema de adaptação a uma transição no ciclo de vida (determinada fase do desenvolvimento) é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou prognóstico da pessoa. Exemplos dessas transições incluem ingresso ou formatura escolar, término do controle dos pais, casamento, início de nova carreira, paternidade/maternidade, adaptação a um "ninho vazio" após saída dos filhos de casa ou aposentadoria.

V60.3 (Z60.2) Problema Relacionado a Morar Sozinho
Esta categoria deve ser usada quando um problema associado a morar sozinho é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou no prognóstico individual. Exemplos desse tipo de problema incluem sentimentos crônicos de solidão, isolamento e falta de estrutura para a realização das atividades da vida diária (p. ex., horários irregulares para as refeições e o sono, desempenho inconsistente das tarefas de manutenção da casa).

V62.4 (Z60.3) Dificuldade de Aculturação
Esta categoria deve ser usada quando uma dificuldade de adaptação a uma nova cultura (p. ex., após migração) é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou no prognóstico individual.

V62.4 (Z60.4) Exclusão ou Rejeição Social
Esta categoria deve ser usada quando há um desequilíbrio no poder social de tal ordem que há exclusão ou rejeição social recorrente por parte dos outros. Exemplos de rejeição social incluem *bullying*, intimidação e provocações por outros; ser alvo de abuso verbal e humilhação por outros e ser excluído, de propósito, das atividades com os colegas de aula, companheiros de trabalho ou outros no ambiente social.

V62.4 (Z60.5) Alvo de Discriminação ou Perseguição Adversa (Percebida)
Esta categoria deve ser usada quando há discriminação ou perseguição percebida ou vivida contra o indivíduo em razão de ele ser um dos membros (ou percebido como tal) de uma categoria específica. Comumente, tais categorias incluem gênero ou identidade de gênero, raça, etnia, religião, orientação sexual, país de origem, crenças políticas, invalidez, grupo social, condição social, peso e aparência física.

V62.9 (Z60.9) Problema Não Especificado Relacionado ao Ambiente Social
Esta categoria deve ser usada quando há algum problema relacionado ao ambiente social do indivíduo diferente dos anteriormente especificados.

Problemas Relacionados a Crimes ou Interação com o Sistema Legal

V62.89 (Z65.4) Vítima de Crime

V62.5 (Z65.0) Condenação em Processo Cível ou Criminal Sem Prisão

V62.5 (Z65.1) Prisão ou Outro Encarceramento

V62.5 (Z65.2) Problemas Relacionados à Liberação da Prisão

V62.5 (Z65.3) Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Legais

Outras Consultas de Serviços de Saúde para Aconselhamento e Opinião Médica

V65.49 (Z70.9) Aconselhamento Sexual
Esta categoria deve ser usada quando o indivíduo procura aconselhamento relativo a educação sexual, comportamento sexual, orientação sexual, atitudes sexuais (vergonha, timidez), outro comportamento ou orientação sexual (p. ex., cônjuge, parceiro, filho), prazer sexual ou outra questão relacionada ao sexo.

V65.40 (Z71.9) Outro Aconselhamento ou Consulta
Esta categoria deve ser usada quando aconselhamento é oferecido ou quando conselho/consulta é procurado para algum problema não especificado anteriormente ou em outro local neste capítulo. Os exemplos incluem aconselhamento espiritual ou religioso, aconselhamento nutricional e aconselhamento sobre uso da nicotina.

Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Psicossociais, Pessoais e Ambientais

V62.89 (Z65.8) Problema Religioso ou Espiritual
Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Os exemplos incluem experiências de sofrimento que envolvam perda ou questionamento da fé, problemas associados a conversão a nova fé religiosa ou questionamento de valores espirituais que pode, não necessariamente, ter relação com alguma igreja ou instituição religiosa organizada.

V61.7 (Z64.0) Problemas Relacionados a Gravidez Indesejada

V61.5 (Z64.1) Problemas Relacionados a Múltiplas Gestações

V62.89 (Z64.4) Desentendimento com Provedor de Assistência Social, Inclusive Oficial de Condicional, Gerente de Caso ou Assistente Social

V62.89 (Z65.4) Vítima de Terrorismo ou Tortura

V62.22 (Z65.5) Exposição a Desastre, Guerra ou Outras Hostilidades

V62.89 (Z65.8) Outro Problema Relacionado a Circunstâncias Psicossociais

V62.9 (Z65.9) Problema Não Especificado Relacionado a Circunstâncias Psicossociais Não Especificadas

Outras Circunstâncias da História Pessoal

V15.49 (Z91.49) Outra História Pessoal de Trauma Psicológico

V15.59 (Z91.5) História Pessoal de Autolesão

V62.22 (Z91.82) História Pessoal de Preparação Militar

V15.89 (Z91.89) Outros Fatores de Risco Pessoais

V69.9 (Z72.9) Problema Relacionado ao Estilo de Vida

Esta categoria deve ser usada quando um problema no estilo de vida é foco específico do tratamento ou afeta diretamente o curso, o prognóstico ou o tratamento de algum transtorno mental ou outro problema médico. Os exemplos de problemas no estilo de vida incluem falta de exercício físico, dieta inadequada, comportamento sexual de alto risco e higiene do sono insatisfatória. Um problema passível de atribuição a um sintoma de um transtorno mental só deve ser codificado se esse problema for um foco específico de tratamento ou afetar diretamente o curso, o prognóstico ou o tratamento da pessoa. Nesses casos, tanto o transtorno mental quanto o problema de estilo de vida devem ser codificados.

V71.01 (Z72.811) Comportamento Antissocial Adulto

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um comportamento antissocial adulto que não é devido a algum transtorno mental (p. ex., transtorno da conduta, transtorno da personalidade antissocial). Os exemplos incluem o comportamento de alguns ladrões profissionais, falsificadores ou traficantes de substâncias ilegais.

V71.02 (Z72.810) Comportamento Antissocial de Criança ou Adolescente

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um comportamento antissocial, em criança ou adolescente, que não é devido a algum transtorno mental (p. ex., transtorno explosivo intermitente, transtorno da conduta). Os exemplos incluem atos antissociais isolados praticados por crianças ou adolescentes (não é um padrão de comportamento antissocial).

Problemas Relacionados a Acesso a Atendimento Médico ou Outro Atendimento de Saúde

V63.9 (Z75.3) Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Instalações de Atendimento de Saúde

V63.8 (Z75.4) Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Outras Instituições de Ajuda

Não Adesão a Tratamento Médico

V15.81 (Z91.19) Não Adesão a Tratamento Médico

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é a não adesão a um aspecto importante do tratamento para um transtorno mental ou outra condição médica. As razões para essa não adesão podem incluir desconforto resultante do tratamento (p. ex., efeitos colaterais do medicamento), despesas do tratamento, julgamentos de valor, crenças culturais ou religiosas pessoais acerca do tratamento proposto, debilidade associada à idade e presença de algum transtorno mental (p. ex., esquizofrenia, transtorno da personalidade). Esta categoria deve ser usada

somente quando o problema for suficientemente grave a ponto de indicar atenção clínica independente e quando não atender aos critérios diagnósticos para fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

278.00 (E66.9) Sobrepeso ou Obesidade

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica for sobrepeso ou obesidade.

V65.2 (Z76.5) Simulação

A característica essencial da simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou grosseiramente exagerados motivada por incentivos externos, como evitar o serviço militar, evitar o trabalho, obter compensação financeira, fugir de processo criminal ou conseguir drogas. Sob determinadas circunstâncias, a simulação pode representar comportamento de adaptação – por exemplo, fingir doença enquanto em cativeiro inimigo em tempos de guerra. A simulação deve ser fortemente suspeitada quando notada qualquer combinação dos elementos a seguir:

1. Contexto médico-legal de apresentação (p. ex., o indivíduo é encaminhado ao clínico por um advogado para exame ou o indivíduo se autoencaminha enquanto estão pendentes litígio ou acusações).
2. Discrepância acentuada entre o alegado estresse ou incapacidade do indivíduo e os achados e as observações objetivas.
3. Falta de cooperação durante avaliação diagnóstica e de obediência ao regime de tratamento prescrito.
4. Presença de transtorno da personalidade antissocial.

A simulação difere do transtorno factício no sentido de que a motivação para a produção de sintomas, na simulação, é um incentivo externo, ao passo que no transtorno factício esse incentivo está ausente. A simulação difere do transtorno conversivo e de transtornos mentais relacionados a sintomas somáticos no que se refere à produção intencional de sintomas e aos incentivos externos óbvios associados. As evidências definitivas de fingimento (como evidências claras de que a perda de função está presente durante o exame, mas não em casa) sugerem um diagnóstico de transtorno factício, se a meta aparente da pessoa é assumir o papel de doente, ou simulação, se a intenção for conseguir um incentivo, como dinheiro.

V40.31 (Z91.83) Perambulação Associada a Algum Transtorno Mental

Esta categoria é usada para indivíduos com algum transtorno mental cujo desejo de vaguear leva a preocupações de controle clínico ou de segurança significativas. Por exemplo, pessoas com transtornos neurocognitivos maiores ou transtornos do neurodesenvolvimento podem ter uma tendência de perambular sem rumo que as coloca em risco de quedas, e a abandonar locais supervisionados sem o acompanhamento necessário. Esta categoria exclui indivíduos cuja intenção é fugir de alguma situação de abrigo indesejada (p. ex., crianças que fogem de casa, pacientes que não desejam mais permanecer no hospital) ou aqueles que caminham ou andam de um lado a outro em consequência de acatisia induzida por medicamento.

Nota para codificação: Codificar primeiro o transtorno mental associado (p. ex., transtorno neurocognitivo maior, transtorno do espectro autista) para, então, codificar V40.31 (Z91.83) perambulação associada a [transtorno mental específico].

V62.89 (R41.83) Funcionamento Intelectual *Borderline*

Esta categoria pode ser usada quando o funcionamento intelectual *borderline* de um indivíduo é o foco da atenção clínica ou causa impacto no tratamento ou no prognóstico individual. Diferenciar funcionamento intelectual *borderline* de incapacidade intelectual leve (transtorno do desenvolvimento intelectual) exige avaliação criteriosa da função intelectual e adaptativa e suas discrepâncias, em especial na presença de transtornos mentais simultâneos capazes de afetar a obediência do paciente a procedimentos padronizados dos testes (p. ex., esquizofrenia ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, com impulsividade grave).

Página propositalmente deixada em branco

SEÇÃO III
Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes

Instrumentos de Avaliação 733
Escalas Transversais de Sintomas 734
Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto 738
Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 Anos Pontuada pelos Pais ou Responsável 741
Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico 742
Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 745
Formulação Cultural 749
Entrevista de Formulação Cultural (EFC) 750
Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante 755
Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade 761
Condições para Estudos Posteriores 783
Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração 786
Transtorno do Luto Complexo Persistente 789
Transtorno por Uso de Cafeína 792
Transtorno do Jogo pela Internet 795
Transtorno Neurocomportamental Associado a Exposição Pré-natal ao Álcool 798
Transtorno do Comportamento Suicida 801
Autolesão Não Suicida 803

Página propositalmente deixada em branco

Esta seção contém ferramentas e técnicas para aprimorar o processo de tomada de decisão clínica, compreender o contexto cultural dos transtornos mentais e reconhecer os diagnósticos emergentes para estudos posteriores. Ela apresenta estratégias para aperfeiçoar a prática clínica e novos critérios para estimular futuras pesquisas, representando um DSM-5 dinâmico que se desenvolverá com os avanços no campo.

Entre as ferramentas da Seção III encontra-se uma escala transversal de Nível 1 autoaplicável ou aplicada pelo informante que serve como uma revisão dos sistemas entre os transtornos mentais. É apresentada uma escala de gravidade classificada pelo clínico para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, bem como a Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, Versão 2 (WHODAS 2.0). As escalas de gravidade de Nível 2 estão disponíveis *on-line* (www.psychiatry.org/dsm5) e podem ser usadas para explorar respostas significativas ao rastreamento de Nível 1. São apresentadas uma revisão abrangente do contexto cultural dos transtornos mentais e a Entrevista para Formulação Cultural (EFC) para uso clínico.

Esta seção também traz transtornos propostos para estudos posteriores, que incluem um novo modelo para diagnóstico dos transtornos da personalidade como alternativa aos critérios diagnósticos estabelecidos; que incorpora deficiências no funcionamento da personalidade, além de traços de personalidade patológicos. Também são abordadas novas condições que são foco de pesquisa, como a síndrome de psicose atenuada e a autolesão não suicida.

Página propositalmente deixada em branco

Instrumentos de Avaliação

Um corpo cada vez maior de evidências científicas favorece conceitos dimensionais no diagnóstico dos transtornos mentais. As limitações de uma abordagem categórica do diagnóstico incluem a falha em encontrar zonas de distinção entre os diagnósticos (i.e., delimitação dos transtornos mentais por fronteiras naturais), a necessidade de categorias intermediárias, como o transtorno esquizoafetivo, altas taxas de comorbidade, diagnósticos frequentes "sem outra especificação" (SOE), relativa falta de utilidade em aprofundar a identificação de antecedentes que sejam realmente válidos e específicos para a maioria dos transtornos mentais e falta de especificidade no tratamento para as várias categorias diagnósticas.

A partir das perspectivas clínica e de pesquisa, existe a necessidade de uma abordagem mais dimensional que possa ser combinada com o conjunto de diagnósticos em categorias do DSM. Tal abordagem incorpora variações de características em um indivíduo (p. ex., gravidade diferencial dos sintomas individuais tanto dentro quanto fora dos critérios diagnósticos de um transtorno, avaliados conforme a intensidade, a duração ou o número de sintomas, em conjunto com outras características, como o tipo e a gravidade das incapacidades) em vez de se basear em uma abordagem simples do tipo sim ou não. No caso de transtornos para os quais é necessária a presença de todos os sintomas para que seja feito o diagnóstico (um conjunto de critérios monotéticos), podem ser observados diferentes graus de gravidade dos sintomas. Se for necessária a presença de um número mínimo de sintomas múltiplos, como pelo menos cinco de nove sintomas para um transtorno depressivo maior (um conjunto de critérios politéticos), os níveis de gravidade e as diferentes combinações dos critérios podem identificar grupos diagnósticos mais homogêneos.

Uma abordagem dimensional dependendo primariamente do relato subjetivo de um indivíduo com relação à experiência dos sintomas em conjunto com a interpretação do clínico é consistente com a prática diagnóstica atual. Espera-se que, à medida que aumente a nossa compreensão dos mecanismos básicos das doenças com base na fisiopatologia, nos neurocircuitos, nas interações gene-ambiente e nos testes laboratoriais, sejam desenvolvidas abordagens que integrem os dados objetivos e subjetivos do paciente a fim de complementar e aumentar a precisão do processo diagnóstico.

As *escalas transversais para avaliação de sintomas,* construídas com base no modelo de revisão de sistemas da medicina, podem ser uma abordagem para examinar domínios psicopatológicos que são de importância decisiva. A revisão de sistemas é crucial para detectar mudanças sutis nos diferentes sistemas orgânicos que podem facilitar o diagnóstico e o tratamento. Um exame similar das várias funções mentais pode auxiliar em uma avaliação mais abrangente do estado mental ao chamar a atenção para os sintomas que podem não se enquadrar completamente nos critérios diagnósticos sugeridos pelos sintomas apresentados pelo indivíduo, mas que podem, no entanto, ser importantes para seu atendimento. As escalas transversais apresentam dois níveis: as questões de Nível 1 são um breve levantamento de 13 domínios de sintomas para pacientes adultos e 12 domínios para crianças e adolescentes. As questões de Nível 2 proporcionam uma avaliação em maior profundidade de determinados domínios. Os instrumentos foram desenvolvidos para serem administrados na entrevista inicial e ao longo do tempo a fim de acompanhar o *status* dos sintomas do paciente e a resposta ao tratamento.

As *escalas de gravidade* são específicas para cada transtorno, correspondendo aos critérios que constituem a definição de um transtorno. Elas podem ser administradas aos indivíduos que receberam um diagnóstico ou que têm uma síndrome clinicamente significativa que não chega a preencher todos os critérios para um diagnóstico. Alguns dos instrumentos são preenchidos pelo indivíduo, enquanto outros requerem que um clínico os preencha. Assim como ocorre com

as escalas transversais, esses instrumentos foram desenvolvidos para ser administrados na entrevista inicial e ao longo do tempo para acompanhar a gravidade do transtorno do indivíduo e a resposta ao tratamento.

A *Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde*, Versão 2.0 (WHODAS 2.0), foi desenvolvida para avaliar a capacidade de um paciente de realizar atividades em seis áreas: compreensão e comunicação; locomoção; autocuidado; relação com as pessoas; atividades da vida diária (p. ex., tarefas domésticas, trabalho/escola); e participação na sociedade. A escala é autoaplicável e foi desenvolvida para ser usada em pacientes com qualquer transtorno médico. Ela corresponde a conceitos contidos na Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde da OMS. Essa avaliação também pode ser usada ao longo do tempo para acompanhar as alterações nas deficiências de um paciente.

Este capítulo foca na Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 (versão autoaplicável para adultos e versão pais/responsável); na Escala Dimensões da Gravidade dos Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico; e na WHODAS 2.0. São apresentadas para cada uma as instruções para o clínico, informações sobre a pontuação e diretrizes para interpretação. Esses instrumentos e as avaliações dimensionais adicionais, em inglês, incluindo aquelas para diagnosticar a gravidade, podem ser encontradas *on-line* em www.psychiatry.org/dsm5.

Escalas Transversais de Sintomas

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1

A Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é um instrumento pontuado pelo paciente ou informante que avalia domínios de saúde mental que são importantes entre os diagnósticos psiquiátricos. Sua intenção é ajudar os clínicos a identificar áreas adicionais de investigação que podem ter um impacto significativo no tratamento e prognóstico do indivíduo. Além disso, o instrumento pode ser usado para acompanhar as mudanças na apresentação dos sintomas ao longo do tempo.

A versão para adultos da escala consiste em 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância (Tabela 1). Cada domínio consiste de 1 a 3 perguntas. Cada item investiga o quanto (ou com que frequência) o indivíduo tem sido perturbado pelo sintoma específico durante as duas últimas semanas. Se o indivíduo tem capacidade limitada ou é incapaz de preencher o formulário (p. ex., uma pessoa com demência), um informante adulto pode preencher a escala. A escala revelou-se clinicamente útil e com boa confiabilidade nos ensaios de campo (*field trials*) do DSM-5 que foram conduzidos em amostras clínicas adultas nos Estados Unidos e no Canadá.

A versão preenchida pelos pais/responsável (para crianças de 6-17 anos) consiste de 25 perguntas que avaliam 12 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, irritabilidade, mania, ansiedade, sintomas somáticos, desatenção, ideação suicida/tentativa de suicídio, psicose, distúrbio do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos e uso de substância (Tabela 2). Cada item requer que o genitor ou responsável classifique o quanto (ou com que frequência) seu filho tem sido perturbado pelo sintoma psiquiátrico específico durante as duas últimas semanas. O instrumento também se revelou clinicamente útil e tem boa confiabilidade nos ensaios de campo (*field trials*) do DSM-5 que foram conduzidos em amostras clínicas pediátricas nos Estados Unidos. Para crianças de 11 a 17 anos, em conjunto com a pontuação dos sintomas pelos pais ou responsável, o clínico pode considerar o preenchimento pela própria criança da versão autoaplicável. A versão da escala pontuada pela própria criança pode ser encontrada *on-line*, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5.

Pontuação e interpretação. Na versão para adultos do instrumento autoaplicável, cada item é classificado em uma escala de 5 pontos (0 = nada ou de modo algum; 1 = muito leve ou raramente; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). O escore em cada item dentro de um domínio deve ser revisado. Entretanto, um

TABELA 1 Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto: 13 domínios, limiares para investigação mais aprofundada e escalas associadas de Nível 2 do DSM-5

Domínio	Nome do domínio	Limiar para orientar uma investigação mais aprofundada	Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5[a]
I.	Depressão	Leve ou maior	Nível 2 – Depressão – Adulto (Sofrimento Emocional PROMIS – Forma Curta)
II.	Raiva	Leve ou maior	Nível 2 – Raiva – Adulto (Sofrimento Emocional PROMIS – Raiva – Forma Curta)
III.	Mania	Leve ou maior	Nível 2 – Mania – Adulto (Escala Autoaplicável de Mania de Altman [ASRM])
IV.	Ansiedade	Leve ou maior	Nível 2 – Ansiedade – Adulto (Sofrimento Emocional PROMIS – Ansiedade – Forma Curta)
V.	Sintomas somáticos	Leve ou maior	Nível 2 – Sintoma Somático – Adulto (Questionário sobre a Saúde do Paciente – 15 [PHQ-15] Escala de Gravidade do Sintoma Somático)
VI.	Ideação suicida	Muito leve ou maior	Nenhuma
VII.	Psicose	Muito leve ou maior	Nenhuma
VIII.	Distúrbio do sono	Leve ou maior	Nível 2 – Distúrbio do Sono – Adulto (Distúrbio do Sono PROMIS – Forma Curta)
IX.	Memória	Leve ou maior	Nenhuma
X.	Pensamentos e comportamentos repetitivos	Leve ou maior	Nível 2 – Pensamentos e Comportamentos Repetitivos – Adulto (Inventário Obsessivo-compulsivo da Flórida [FOCI] Escala de Gravidade)
XI.	Dissociação	Leve ou maior	Nenhuma
XII.	Funcionamento da personalidade	Leve ou maior	Nenhuma
XIII.	Uso de substância	Muito leve ou maior	Nível 2 – Uso de Substância – Adulto (adaptado de NIDA – ASSIST Modificado)

Nota. NIDA = National Institute on Drug Abuse.
[a] Disponível, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5.

escore leve (i.e., 2) ou maior em algum item dentro de um domínio, exceto para uso de substância, ideação suicida e psicose, pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada, o que pode incluir a avaliação transversal de sintomas de Nível 2 para o domínio (ver a Tabela 2). Para uso de substância, ideação suicida e psicose, um escore muito leve (i.e., 1) ou maior em algum item dentro do domínio pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada. Para tal, indique a maior pontuação dentro de um domínio na coluna "Maior pontuação no domínio". A Tabela 1 descreve os limiares das pontuações que podem orientar uma investigação mais aprofundada dos demais domínios.

Na versão do instrumento para pais ou responsável (para crianças de 6-17 anos), 19 dos 25 itens são classificados em uma escala de 5 pontos (0 = nada ou de modo algum; 1 = muito leve ou raramente, menos de um ou dois dias; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade

TABELA 2 Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 versão pais/responsável para crianças de 6-17 anos; 12 domínios, limiares para investigação mais aprofundada e escalas associadas de Nível 2

Domínio	Nome do domínio	Limiar para orientar uma investigação mais aprofundada	Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5[a]
I.	Sintomas somáticos	Leve ou maior	Nível 2 – Sintomas Somáticos – Pai/Responsável pela Criança 6-17 Anos (Questionário sobre a Saúde do Paciente – Escala de Gravidade do Sintoma Somático 15 [PHQ-15])
II.	Distúrbio do sono	Leve ou maior	Nível 2 – Distúrbio do Sono – Pai/Responsável pela Criança 6-17 Anos (Distúrbio do Sono PROMIS – Forma Curta)
III.	Desatenção	Muito leve ou maior	Nível 2 – Desatenção – Pai/Responsável pela Criança 6-17 Anos (Swanson, Nolan e Pelham, Versão IV [SNAP-IV])
IV.	Depressão	Leve ou maior	Nível 2 – Depressão – Pais/Responsável pela Criança 6-17 Anos (Sofrimento Emocional PROMIS – Depressão – Banco de Itens dos Pais)
V.	Raiva	Leve ou maior	Nível 2 – Raiva – Pais/Responsável pela Criança (Escala Calibrada de Raiva PROMIS – Pais)
VI.	Irritabilidade	Leve ou maior	Nível 2 – Irritabilidade – Pais/Responsável pela Criança (Índice de Reatividade Afetiva [ARI])
VII.	Mania	Leve ou maior	Nível 2 – Mania – Pais/Responsável pela Criança 6-17 Anos (Escala Autoaplicável de Mania de Altman [ASRM])
VIII.	Ansiedade	Leve ou maior	Nível 2 – Ansiedade – Pais/Responsável pela Criança 6-17 Anos (PROMIS Sofrimento Emocional – Ansiedade – Banco de Itens dos Pais)
IX.	Psicose	Muito leve ou maior	Nenhuma
X.	Pensamentos e comportamentos repetitivos	Leve ou maior	Nenhuma
XI.	Uso de substância	Sim	Nível 2 – Uso de Substância – Pais/Responsável pela Criança (adaptado do NIDA – ASSIST modificado)
		Não sei	ASSIST modificado pelo NIDA (adaptado) – Classificado pela Criança (11-17 anos)
XII.	Ideação suicida/tentativas de suicídio	Sim	Nenhuma
		Não sei	Nenhuma

Nota. NIDA = National Institute on Drug Abuse.
[a] Disponível, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5.

dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). Os itens de ideação suicida, tentativa de suicídio e uso de substância são classificados em uma escala de "Sim, Não ou Não sei". A classificação em cada item dentro de um domínio deve ser examinada. No entanto, com exceção de desatenção e psicose, uma classificação como leve (i.e., 2) ou maior em qualquer item dentro de um domínio

que é classificado na escala de 5 pontos pode servir como guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada, o que pode incluir a avaliação transversal de sintomas de Nível 2 para o domínio (ver a Tabela 2). Para desatenção ou psicose, uma classificação como muito leve ou maior (i.e., 1 ou mais) pode ser usada como um indicador para investigação adicional. Uma classificação de um pai ou responsável como "Não sei" em ideação suicida, tentativa de suicídio e algum dos itens sobre uso de substância, especialmente para crianças de 11 a 17 anos, pode resultar em uma sondagem adicional das questões com a criança, incluindo o uso da Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 classificada pela criança para o domínio relevante. Como a investigação adicional é feita com base na maior pontuação em algum item dentro de um domínio, os clínicos devem indicar essa pontuação na coluna "Maior pontuação no domínio". A Tabela 2 descreve os limiares das pontuações que podem orientar uma investigação mais aprofundada dos domínios restantes.

Escalas Transversais de Sintomas de Nível 2

Todos os limiares de pontuação na Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 (conforme observado nas Tabelas 1 e 2 e descrito em "Pontuação e Interpretação") indicam uma possível necessidade de investigação clínica mais detalhada. As Escalas Transversais de Sintomas de Nível 2 fornecem um método de obtenção de informações em maior profundidade sobre sintomas potencialmente significativos para informar o diagnóstico, o plano de tratamento e o acompanhamento. Elas estão disponíveis, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5. As Tabelas 1 e 2 descrevem cada domínio do Nível 1 e identificam os domínios para os quais as Escalas Transversais de Sintomas de Nível 2 do DSM-5 estão disponíveis para avaliações mais detalhadas. As versões adulto e pediátrica (pais e filhos) estão disponíveis, em inglês, *on-line* para a maioria dos domínios dos sintomas de Nível 1 em www.psychiatry.org/dsm5.

Frequência de Uso das Escalas Transversais de Sintomas

Para acompanhar a apresentação do sintoma do indivíduo ao longo do tempo, as escalas transversais de sintomas de Nível 1 e Nível 2 relevantes podem ser preenchidas em intervalos regulares quando indicado clinicamente, dependendo da estabilidade dos sintomas e do *status* do tratamento. Para indivíduos com capacidade comprometida e para crianças de 6 a 17 anos, é preferível que as escalas sejam preenchidas nas consultas de acompanhamento pelo mesmo informante e pelo mesmo pai ou responsável. Pontuações consistentemente altas em um domínio particular podem indicar sintomas significativos e problemáticos para o indivíduo que podem justificar avaliação, tratamento e acompanhamento mais aprofundados. O julgamento clínico deve guiar a tomada de decisão.

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto

Nome: _____ **Idade:** _____ **Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino** **Data:** _____

Se a escala está sendo preenchida por um informante, **qual é a sua relação com o indivíduo?** _____

Em uma semana típica, aproximadamente quanto tempo você passa com o indivíduo? _____ **horas/semana**

Instruções: As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS.**

		Durante as últimas **DUAS (2) SEMANAS**, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?	**Nada** De modo algum	**Muito leve** Raramente, menos de um ou dois dias	**Leve** Vários dias	**Moderado** Mais da metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Maior Pontuação no Domínio** (clínico)
I.	1.	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
	2.	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4	
	5.	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4	
	7.	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4	
	8.	Evitou situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?	0	1	2	3	4	
	10.	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Pensamentos de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4	

VII.	12.	Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4	
	13.	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14.	Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas com a memória (p. ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4	
	17.	Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
	20.	Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?	0	1	2	3	4	
	22.	Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4	
	23.	Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha, cocaína ou *crack*, drogas sintéticas [como *ecstasy*], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?	0	1	2	3	4	

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 Anos Pontuada pelos Pais ou Responsável

Nome da Criança:_____ **Idade:** _____ **Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino** **Data:** _____

Relação com a Criança: _____

Instruções (*para os pais ou responsável pela criança*): As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem ter perturbado o seu filho. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) seu filho foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS.**

		Durante as últimas **DUAS (2) SEMANAS**, o quanto (ou com que frequência) o seu filho...	**Nada** De modo algum	**Muito leve** Raramente, menos de um ou dois dias	**Leve** Vários dias	**Moderado** Mais da metade dos dias	**Grave** Quase todos os dias	**Maior Pontuação no Domínio** (clínico)
I.	1.	Queixou-se de dores de estômago, dores de cabeça ou outras dores?	0	1	2	3	4	
	2.	Disse que estava preocupado(a) com sua saúde ou quanto a ficar doente?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Teve problemas para dormir – isto é, problema para adormecer, permanecer dormindo ou acordar muito cedo?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Teve problemas em prestar atenção quando estava em aula ou fazendo a lição de casa, lendo um livro ou jogando?	0	1	2	3	4	
IV.	5.	Divertiu-se menos fazendo as coisas do que quando costumava fazer?	0	1	2	3	4	
	6.	Pareceu triste ou deprimido(a) por várias horas?	0	1	2	3	4	
V. e VI.	7.	Pareceu mais irritado(a) ou perturbado(a) mais facilmente do que o usual?	0	1	2	3	4	
	8.	Pareceu zangado(a) ou perdeu a paciência?	0	1	2	3	4	
VII.	9.	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
	10.	Dormiu menos do que o habitual, e mesmo assim ainda permaneceu com muita energia?	0	1	2	3	4	
VIII.	11.	Disse que se sentia nervoso(a), ansioso(a) ou assustado(a)?	0	1	2	3	4	
	12.	Não conseguiu parar de se preocupar?	0	1	2	3	4	
	13.	Disse que não conseguia fazer as coisas que queria ou deveria ter feito porque elas o(a) faziam se sentir nervoso(a)?	0	1	2	3	4	

IX.	14.	Disse que ouviu vozes – quando não havia ninguém por perto – falando sobre ele/ela ou lhe dizendo o que fazer ou lhe dizendo coisas ruins?	0	1	2	3	4	
	15.	Disse ter tido uma visão quando estava completamente acordado(a) – isto é, viu alguma coisa ou alguém que mais ninguém conseguia ver?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Disse que lhe vinham pensamentos à cabeça de que ele/ela faria algo ruim ou de que alguma coisa ruim iria acontecer a ele/ela ou a outra pessoa?	0	1	2	3	4	
	17.	Disse que sentia necessidade de verificar certas coisas repetidamente, como, por exemplo, se a porta estava trancada ou se o fogão estava desligado?	0	1	2	3	4	
	18.	Pareceu se preocupar muito sobre as coisas que ele/ela tocava estarem sujas ou terem germes ou estarem envenenadas?	0	1	2	3	4	
	19.	Disse que tinha que fazer as coisas de uma determinada maneira, como contar ou dizer coisas especiais em voz alta, para evitar que algo ruim acontecesse?	0	1	2	3	4	
	Nas últimas **DUAS (2) SEMANAS,** seu filho...							
XI.	20.	Bebeu alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, etc.)?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	21.	Fumou um cigarro, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	22.	Usou drogas como maconha, cocaína ou *crack*, drogas sintéticas (como *ecstasy*), alucinógenos (como LSD), heroína, inalantes ou solventes (como cola) ou metanfetamina (*ou outros estimulantes*)?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	23.	Usou algum medicamento sem prescrição médica (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou outras anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou esteroides)?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
XII.	24.	Nas últimas **DUAS (2) SEMANAS,** ele/ela falou em querer se matar ou em querer cometer suicídio?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	
	25.	ALGUMA VEZ ele/ela tentou se matar?	❑ Sim		❑ Não		❑ Não sei	

Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico

Conforme descrito no capítulo "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos", os transtornos psicóticos são heterogêneos, e a gravidade dos sintomas pode predizer aspectos importantes da doença, como os graus dos déficits cognitivos e/ou neurobiológicos. As avaliações dimensionais capturam variações significativas na gravidade dos sintomas, o que pode auxiliar no plano de tratamento, na tomada de decisão quanto ao prognóstico e na pesquisa dos mecanismos fisiopatológicos. A Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico é constituída de escalas para a avaliação dimensional dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Também está inclusa uma escala para a avaliação dimensional do prejuízo cognitivo. Muitos indivíduos com transtorno psicótico têm prejuízos em uma variedade de domínios cognitivos, os quais predizem habilidades funcionais. Além disso, são fornecidas escalas para avaliação dimensional de depressão e mania, o que pode alertar os clínicos para patologia do humor. A gravidade dos sintomas de humor na psicose tem valor prognóstico e orienta o tratamento.

A Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico é uma escala com oito itens que pode ser preenchida pelo clínico no momento da avaliação clínica. Cada item solicita que o clínico classifique a gravidade de cada sintoma conforme vivenciada pelo indivíduo durante os últimos sete dias.

Pontuação e Interpretação

Cada item é pontuado em uma escala de 5 pontos (0 = não presente; 1 = incerto; 2 = presente, mas leve; 3 = presente e moderado; e 4 = presente e grave) com uma definição específica de cada nível de pontuação. O clínico pode examinar todas as informações disponíveis sobre o indivíduo e, com base no julgamento clínico, selecionar (circulando) o nível que descreve com mais precisão a gravidade da condição do paciente. O clínico, então, indica a pontuação para cada item na coluna "Pontuação".

Frequência de Uso

Para acompanhar as mudanças na gravidade dos sintomas do indivíduo ao longo do tempo, a escala pode ser preenchida em intervalos regulares conforme indicado clinicamente, dependendo da estabilidade dos sintomas e do *status* do tratamento. Escores consistentemente altos em um domínio particular podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que justificam avaliação, tratamento e acompanhamento mais aprofundados. O julgamento clínico deve orientar a tomada de decisão.

Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico

Nome: _____ **Idade:** _____ **Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino** **Data:** _____

Instruções: Com base em todas as informações que você tem sobre o indivíduo e utilizando o seu julgamento clínico, classifique (com um sinal) a presença e a gravidade dos seguintes sintomas, conforme experimentados pelo indivíduo nos últimos sete (7) dias.

Domínio	0	1	2	3	4	Pontuação
I. Alucinações	❑ Não presentes	❑ Incertas (gravidade ou duração não suficiente para serem consideradas psicose)	❑ Presentes, mas leves (pouca pressão para agir segundo as vozes, não muito perturbado pelas vozes)	❑ Presentes e moderadas (alguma pressão para responder às vozes, ou é um pouco perturbado pelas vozes)	❑ Presentes e graves (pressão intensa para responder às vozes, ou é muito perturbado pelas vozes)	
II. Delírios	❑ Não presentes	❑ Incertos (gravidade ou duração não suficiente para serem considerados psicose)	❑ Presentes, mas leves (pouca pressão para agir de acordo com as crenças delirantes, não muito perturbado pelas crenças)	❑ Presentes e moderados (alguma pressão para agir segundo as crenças, ou é perturbado um pouco pelas crenças)	❑ Presentes e graves (pressão intensa para agir segundo as crenças, ou é muito perturbado pelas crenças)	
III. Discurso desorganizado	❑ Não presente	❑ Incerto (gravidade ou duração não suficiente para ser considerado desorganização)	❑ Presente, mas leve (alguma dificuldade em acompanhar o discurso)	❑ Presente e moderado (discurso frequentemente difícil de acompanhar)	❑ Presente e grave (discurso quase impossível de acompanhar)	
IV. Comportamento psicomotor anormal	❑ Não presente	❑ Incerto (gravidade ou duração não suficiente para ser considerado comportamento psicomotor anormal)	❑ Presente, mas leve (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia ocasional)	❑ Presente e moderado (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia frequente)	❑ Presente e grave (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia quase constante)	
V. Sintomas negativos (expressão emocional limitada ou avolição)	❑ Não presentes	❑ Diminuição indefinida na expressividade facial, na prosódia, nos gestos ou no comportamento que envolva iniciativa própria	❑ Presentes, mas leve decréscimo na expressividade facial, na prosódia, nos gestos ou no comportamento que envolva iniciativa própria	❑ Presentes e moderado decréscimo na expressividade facial, na prosódia, nos gestos ou no comportamento que envolva iniciativa própria	❑ Presentes e grave decréscimo na expressividade facial, na prosódia, nos gestos ou no comportamento que envolva iniciativa própria	

Domínio	0	1	2	3	4	Pontuação
VI. Cognição prejudicada	❑ Não presente	❑ Incerta (função cognitiva não claramente fora da variação esperada para a idade ou o NSE; i.e., dentro de 0,5 DP da média)	❑ Presente, mas leve (alguma redução na função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e o NSE, 0,5-1 DP da média)	❑ Presente e moderada (clara redução na função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e o NSE, 1-2 DP da média)	❑ Presente e grave (grave redução na função cognitiva; abaixo do esperado para a idade e o NSE, >2 DP da média)	
VII. Depressão	❑ Não presente	❑ Incerta (ocasionalmente se sente triste, desanimado, deprimido ou sem esperança; apreensivo quanto a ter falhado com alguém ou alguma coisa, mas não preocupado)	❑ Presente, mas leve (períodos frequentes sentindo-se muito triste, desanimado, moderadamente deprimido ou sem esperança; apreensivo quanto a ter falhado com alguém ou com alguma coisa, com alguma preocupação)	❑ Presente e moderada (períodos frequentes de profunda depressão ou desesperança; preocupação com culpa por ter feito algo errado)	❑ Presente e grave (profundamente deprimido ou sem esperança diariamente; culpa delirante ou autocensura irracional desproporcional às circunstâncias)	
VIII. Mania	❑ Não presente	❑ Incerta (humor elevado ocasionalmente, expansivo ou irritável ou alguma inquietude)	❑ Presente, mas leve (períodos frequentes de humor um pouco elevado, expansivo ou irritável ou inquietude)	❑ Presente e moderada (períodos frequentes de humor bastante elevado, expansivo ou irritável ou inquietude)	❑ Presente e grave (diariamente humor bastante elevado, expansivo ou irritável ou inquietude)	

Nota. DP = desvio-padrão; NSE = nível socioeconômico.

Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

A versão para adultos autoaplicável da Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) é uma escala de 36 itens que avalia incapacidades em adultos a partir de 18 anos. Ela avalia incapacidade em seis domínios, incluindo compreensão e comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, relação com as pessoas, atividades da vida diária (i.e., tarefas domésticas, trabalho e/ou atividades escolares) e participação na sociedade. Se o indivíduo adulto tem capacidade prejudicada e não é capaz de preencher o formulário (p. ex., um paciente com demência), um informante pode preencher a versão da escala administrada por procuração, que está disponível, em inglês, em www.psychiatry.org/dsm5. Cada item da versão autoaplicável da WHODAS solicita que o indivíduo classifique quanta dificuldade ele teve em áreas específicas de funcionamento durante os últimos 30 dias.

Instruções para Pontuação da WHODAS Fornecidas pela OMS

Escore resumido da WHODAS. Existem duas opções básicas para computar os escores resumidos da versão completa de 36 itens da WHODAS.

Simples: Os pontos atribuídos a cada um dos itens – "nenhuma" (1), "leve" (2), "moderada" (3), "grave" (4) e "extrema" (5) – são somados. Este método é referido como pontuação simples porque os pontos de cada um dos itens são simplesmente somados sem recodificação ou quebrando as categorias de resposta; assim, não existe atribuição de um peso para os itens individuais. Esta abordagem é prática de se usar como abordagem de pontuação manual e pode ser o método de escolha em contextos clínicos atarefados ou em situações de entrevista manuscrita. Em consequência, a simples soma dos pontos dos itens de todos os domínios é suficiente para descrever o grau das limitações funcionais.

Complexo: O método mais complexo de pontuação é denominado pontuação baseada na "teoria de resposta ao item" (TRI). Ele leva em conta múltiplos níveis de dificuldade para cada item da WHODAS 2.0. Toma separadamente a codificação da resposta a cada item como "nenhuma", "leve", "moderada", "grave" e "extrema" e então usa um computador para determinar um escore resumo, atribuindo um peso distinto para cada um dos itens e os níveis de gravidade. O programa de computador está disponível no *website* da OMS. A pontuação se dá em três passos:

- Passo 1 – Soma dos escores dos itens recodificados dentro de cada domínio.
- Passo 2 – Soma dos escores de todos os seis domínios.
- Passo 3 – Conversão do escore resumo em uma variação métrica de 0 a 100 (em que 0 = sem incapacidade; 100 = incapacidade total).

Escores dos domínios da WHODAS 2.0. A WHODAS 2.0 produz escores de domínios específicos para seis diferentes domínios de funcionamento: cognição, mobilidade, cuidado pessoal, relacionamento, atividades da vida diária (tarefas domésticas e trabalho/escola) e participação.

Valores populacionais normais da WHODAS 2.0. Para os valores populacionais normais para a pontuação baseada na TRI da WHODAS 2.0 e para a distribuição dos valores da pontuação baseada na TRI para a WHODAS 2.0 na população, consulte www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

Escore Adicional e Orientação para Interpretação para Usuários do DSM-5

O clínico deve examinar a resposta do indivíduo em cada item da escala durante a entrevista clínica e indicar o escore autoaplicável para cada item na seção reservada para "Uso Exclusivo do Clínico". No entanto, se o clínico determina que o escore em um item deve ser diferente com base

na entrevista clínica e em outras informações disponíveis, ele pode indicar um escore corrigido no espaço para a pontuação do item bruto. Com base nos achados dos ensaios de campo (*field trials*) do DSM-5 em amostras de pacientes adultos em seis locais nos Estados Unidos e um no Canadá, o *DSM-5 recomenda o cálculo e uso de escores médios para cada domínio e para incapacidade geral*. Os escores médios são comparáveis à escala de 5 pontos da WHODAS, que permite que o clínico pense na incapacidade do indivíduo em termos de nenhuma (1), leve (2), moderada (3), grave (4) ou extrema (5). Os escores de domínio médio e incapacidade geral revelaram-se confiáveis, fáceis de usar e clinicamente úteis para os clínicos nos ensaios de campo (*field trials*) do DSM-5. O *escore médio do domínio* é calculado dividindo-se o escore bruto do domínio pelo seu número de itens (p. ex., se todos os itens dentro do domínio "compreensão e comunicação" são classificados como moderados, então o escore médio do domínio seria 18/6 = 3, indicando incapacidade moderada). O *escore médio de incapacidade geral* é calculado dividindo-se o escore geral bruto pelo número de itens na escala (i.e., 36). O indivíduo deve ser estimulado a preencher todos os itens da WHODAS 2.0. Se não é dada resposta em 10 ou mais itens da escala (i.e., mais de 25% do total de 36 itens), o cálculo dos escores simples e da média da incapacidade geral poderá não ser útil. Se estiverem faltando 10 ou mais do total dos itens da escala, mas os itens para algum dos domínios estiverem de 75 a 100% preenchidos, os escores simples ou médios do domínio podem ser usados para aquele domínio.

Frequência de uso. Para acompanhar as mudanças no nível de incapacidade do indivíduo ao longo do tempo, a escala pode ser preenchida em intervalos regulares conforme clinicamente indicado, dependendo da estabilidade dos sintomas e do *status* do tratamento. Escores consistentemente altos em um domínio particular podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que podem justificar avaliação e intervenção mais aprofundadas.

WHODAS 2.0
Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

Versão de 36 itens, autoaplicável

Nome do Paciente: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** [ ] Masculino [ ] Feminino **Data:** _____

Este questionário pergunta acerca de dificuldades devidas a condições de saúde/saúde mental. As condições de saúde incluem **enfermidades ou doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e drogas.** Relembre os **últimos 30 dias** e responda às perguntas pensando no grau de dificuldade que você teve para realizar as seguintes atividades. Para cada pergunta, circule apenas **uma** resposta.

							Uso Exclusivo do Clínico		
Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens:		1	2	3	4	5	Escore Bruto do Item	Escore Bruto do Domínio	Escore Médio do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:									
Compreensão e comunicação									
D1.1	Concentrar-se ou fazer alguma coisa por dez minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas na vida diária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		___/30	___/5
D1.4	Aprender uma tarefa nova, por exemplo, aprender a ir até um novo lugar?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.5	Entender em geral o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D1.6	Iniciar e manter uma conversa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Mobilidade									
D2.1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.2	Levantar-se depois de sentado?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.3	Movimentar-se dentro da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		___/25	___/5
D2.4	Sair da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D2.5	Caminhar uma longa distância, como 1 quilômetro (ou equivalente)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Cuidado pessoal									
D3.1	Lavar todo o seu corpo?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		___/20	___/5
D3.3	Alimentar-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D3.4	Ficar sozinho por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Relacionamento com as pessoas									
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D4.2	Manter uma amizade?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D4.3	Ter bom relacionamento com as pessoas que estão próximas a você?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		___/25	___/5
D4.4	Fazer novos amigos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D4.5	Atividades sexuais?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			

							Uso Exclusivo do Clínico		
Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens:		1	2	3	4	5	Escore Bruto do Item	Escore Bruto do Domínio	Escore Médio do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:									
Atividades da vida diária – Tarefas domésticas									
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades nas tarefas domésticas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5.2	Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5.3	Realizar todas as tarefas domésticas que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		20	5
D5.4	Realizar suas tarefas domésticas com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Atividades da vida diária – Escola/trabalho									
Se você trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou vai à escola, preencha as questões D5.5-D5.8 abaixo.									
Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve (em):									
D5.5	No seu trabalho/escola no dia a dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5.6	Fazer bem suas tarefas mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D5.7	Realizar todo o trabalho que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		20	5
D5.8	Realizar seu trabalho com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
Participação na sociedade									
Nos últimos 30 dias:									
D6.1	O quanto foi um problema para você participar de atividades na comunidade (p. ex., festividades religiosas ou outras atividades) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.2	Quanto problema você teve devido a barreiras ou obstáculos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.3	Quanto problema você teve em viver com dignidade devido às atitudes ou ações de outras pessoas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.4	Quanto tempo você gastou com a sua condição de saúde ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		40	5
D6.5	O quanto você esteve emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.6	O quanto sua saúde consumiu seus recursos financeiros ou os da sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.7	Quanto problema sua família teve devido aos seus problemas de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
D6.8	Quanto problema você teve em fazer coisas sozinho para relaxamento ou prazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer			
						Escore de Incapacidade Geral (Total):		180	5

© Organização Mundial da Saúde, 2012. Todos os direitos reservados. Medindo a saúde e a incapacidade: manual para a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS 2.0), Organização Mundial da Saúde, Genebra.

A Organização Mundial da Saúde concedeu ao Editor a permissão para reprodução deste instrumento. Este material pode ser reproduzido sem permissão pelos clínicos para uso com seus pacientes. Qualquer outro uso, incluindo o uso eletrônico, requer permissão por escrito da OMS.

Formulação Cultural

A compreensão do contexto cultural da vivência da doença é essencial para a avaliação diagnóstica e o manejo clínico efetivo. *Cultura* refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos de geração a geração. Cultura inclui linguagem, religião e espiritualidade, estruturas familiares, estágios do ciclo da vida, rituais cerimoniais e costumes, bem como os sistemas morais e legais. Culturas são sistemas abertos e dinâmicos que passam por mudanças contínuas ao longo do tempo; no mundo contemporâneo, a maioria dos indivíduos e grupos está exposta a múltiplas culturas, as quais são usadas por eles para moldar suas próprias identidades e dar um sentido àquilo que é vivido. Essas características da cultura tornam essencial não supergeneralizar a informação cultural ou estereótipos de grupos em termos de traços culturais fixos.

Raça é uma categoria de identidade culturalmente construída que divide a humanidade em grupos com base em diversos traços físicos superficiais atribuídos a algumas características biológicas intrínsecas hipotéticas. As categorias e os construtos raciais variaram amplamente ao longo da história e entre as sociedades. O construto de raça não apresenta definição biológica consistente, mas é socialmente importante porque dá respaldo às ideologias raciais, ao racismo, à discriminação e à exclusão social, os quais podem ter fortes efeitos negativos sobre a saúde mental. Existem evidências de que o racismo pode exacerbar muitos transtornos psiquiátricos, contribuindo para maus resultados, e que o preconceito racial pode afetar a avaliação diagnóstica.

Etnia é uma identidade de grupo culturalmente construída usada para definir pessoas e comunidades. Pode estar enraizada em uma história, uma geografia, uma linguagem ou uma religião em comum ou, ainda, em outras características compartilhadas por um grupo, o que distingue esse grupo dos demais. A etnia pode ser autoatribuída ou atribuída por pessoas externas. A crescente mobilidade, miscigenação e mistura de culturas definiu novas identidades étnicas mistas, múltiplas ou híbridas.

Cultura, raça e etnia estão relacionadas a desigualdades econômicas, racismo e discriminação, que resultam em disparidades de saúde. Identidades cultural, étnica e racial podem ser fontes de força e apoio grupal que melhoram a resiliência, mas também podem levar a conflitos psicológicos, interpessoais e intergeracionais ou a dificuldades na adaptação que requerem avaliação diagnóstica.

Esboço de Formulação Cultural

O Esboço de Formulação Cultural apresentado no DSM-IV forneceu um quadro de referência para avaliar as informações sobre as características culturais de um problema de saúde mental de um indivíduo e como elas se relacionam com um contexto e uma história social e cultural. O DSM-5 não somente inclui uma versão atualizada do Esboço como também apresenta uma abordagem para avaliação, usando a Entrevista de Formulação Cultural (EFC), a qual foi submetida a testes de campo quanto à sua utilidade diagnóstica entre os clínicos e quanto à sua aceitação entre os pacientes.

O Esboço de Formulação Cultural requer a avaliação sistemática das seguintes categorias:

- **Identidade cultural do indivíduo:** Descreve os grupos de referência racial, étnica ou cultural do indivíduo que podem influenciar suas relações com os outros, seu acesso a recursos e

seus desafios, conflitos ou situações ao longo do desenvolvimento e atuais. Para imigrantes e minorias raciais ou étnicas, deve-se observar em separado o grau e os tipos de envolvimento tanto com a cultura de origem quanto com a cultura na qual o indivíduo está inserido ou a cultura da maioria. Habilidades, preferências e padrões de uso da linguagem são relevantes para identificar dificuldades no acesso a atendimento, integração social e a necessidade de um intérprete. Outros aspectos clinicamente relevantes da identidade podem incluir afiliação religiosa, origem socioeconômica, local de nascimento e crescimento do indivíduo e da família, *status* de migrante e orientação sexual.

- **Conceituações culturais de sofrimento:** Descreve os construtos culturais que influenciam como o indivíduo vivencia, compreende e comunica seus sintomas ou problemas aos outros. Esses construtos podem incluir síndromes culturais, formas de expressar sofrimento e modelos explanatórios ou causas percebidas. O nível de gravidade e o significado das experiências de sofrimento devem ser avaliados em relação às normas dos grupos de referência cultural do indivíduo. A avaliação dos padrões de enfrentamento e de busca de ajuda deve considerar o uso de atendimento profissional, bem como fontes tradicionais, alternativas ou complementares de atendimento.
- **Estressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência:** Identifica os principais estressores e apoios no ambiente social do indivíduo (os quais podem incluir tanto acontecimentos locais quanto distantes) e o papel da religião, da família e de outras redes sociais (p. ex., amigos, vizinhos, colegas de trabalho) na oferta de apoio emocional, instrumental e informacional. Os estressores sociais e os apoios sociais variam de acordo com as interpretações culturais dos acontecimentos, a estrutura familiar, as tarefas desenvolvimentais e o contexto social. Os níveis de funcionamento, a incapacidade e a resiliência devem ser avaliados à luz dos grupos de referência cultural do indivíduo.
- **Aspectos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico:** Identifica diferenças na situação cultural, de linguagem e social entre um indivíduo e um clínico que podem causar dificuldades na comunicação e influenciar o diagnóstico e o tratamento. Vivências de racismo e discriminação na sociedade podem impedir o estabelecimento de confiança e segurança no encontro diagnóstico clínico. Os efeitos podem incluir problemas no levantamento dos sintomas, entendimento errado do significado cultural e clínico de sintomas e comportamentos e dificuldade no estabelecimento ou na manutenção do vínculo necessário para uma aliança clínica efetiva.
- **Avaliação cultural geral:** Resume as implicações dos componentes da formulação cultural identificados em seções anteriores do Esboço para o diagnóstico e outras questões ou problemas clinicamente relevantes, bem como para o manejo apropriado e para a intervenção terapêutica.

Entrevista de Formulação Cultural (EFC)

A Entrevista de Formulação Cultural (EFC) é um conjunto de 16 perguntas que os clínicos podem usar para obter informações durante uma avaliação de saúde mental sobre o impacto da cultura nos aspectos principais da apresentação clínica e do atendimento de um indivíduo. Na EFC, *cultura* refere-se a:

- Valores, orientações, conhecimentos e práticas que os indivíduos obtêm da afiliação a grupos sociais diversos (p. ex., grupos étnicos, comunidades religiosas, grupos profissionais, grupos de veteranos de guerra).
- Aspectos dos antecedentes do indivíduo, experiências desenvolvimentais e contextos sociais atuais que podem afetar sua perspectiva, tais como origem geográfica, migração, língua, religião, orientação sexual ou raça/etnia.
- Influência da família, amigos e outros membros da comunidade (a *rede social* do indivíduo) na experiência de doença do indivíduo.

A EFC é uma entrevista semiestruturada breve para avaliação sistemática dos fatores culturais no encontro clínico que pode ser usada com qualquer indivíduo. A EFC foca a vivência do indivíduo e os contextos sociais do problema clínico; segue uma abordagem de avaliação cultural centrada na pessoa ao buscar informações do indivíduo acerca das suas próprias visões e das visões dos outros em sua rede social. Essa abordagem é concebida para evitar os estereótipos, na medida em que o conhecimento cultural de cada indivíduo afeta como ele interpreta a experiência da doença e orienta como deve buscar ajuda. Como a EFC se preocupa com as visões pessoais do indivíduo, não existem respostas certas ou erradas às perguntas. Apresentamos a entrevista a seguir, e ela está disponível (em inglês) em www.psychiatry.org/dsm5.

A EFC é formatada como duas colunas de texto. A coluna da esquerda contém as instruções para sua aplicação e descreve os objetivos de cada domínio da entrevista. As perguntas na coluna da direita ilustram como explorar esses domínios, mas elas não têm a intenção de ser exaustivas. Perguntas adicionais podem ser necessárias para esclarecer as respostas com o indivíduo. As perguntas podem ser reformuladas quando necessário. A EFC pretende servir como um guia para a avaliação cultural e deve ser usada com flexibilidade para manter um fluxo natural na entrevista e o vínculo com o indivíduo.

A EFC é mais bem usada em conjunto com informações demográficas obtidas antes da entrevista para adequar suas perguntas à abordagem da origem e situação atual do indivíduo. Domínios demográficos específicos a serem explorados com a EFC irão variar entre os indivíduos e contextos. Uma avaliação abrangente pode incluir local de nascimento, idade, gênero, origem racial/étnica, estado civil, composição familiar, educação, fluência na língua, orientação sexual, afiliação religiosa ou espiritual, profissão, emprego, renda e história de migração.

A EFC pode ser usada na avaliação inicial de indivíduos em todos os contextos clínicos, independentemente da origem cultural do indivíduo ou do clínico. Indivíduos e clínicos que aparentemente compartilham a mesma origem cultural podem, no entanto, diferir em aspectos que são relevantes para os cuidados. A EFC pode ser usada de forma integral, ou, ainda, alguns componentes podem ser incorporados à avaliação clínica quando necessário. A EFC pode ser especialmente útil quando existe:

- Dificuldade na avaliação diagnóstica devido a diferenças significativas na origem cultural, religiosa ou socioeconômica do clínico e do indivíduo.
- Incerteza quanto à adequação entre sintomas culturalmente peculiares e critérios diagnósticos.
- Dificuldade em julgar a gravidade ou o prejuízo da doença.
- Discordância entre o indivíduo e o clínico quanto ao curso do atendimento.
- Adesão e comprometimento limitados do indivíduo ao tratamento.

A EFC enfatiza quatro domínios de avaliação: Definição Cultural do Problema (perguntas 1-3); Percepções Culturais de Causa, Contexto e Apoio (perguntas 4-10); Fatores Culturais que Afetam o Autoenfrentamento e a Busca de Ajuda no Passado (perguntas 11-13); e Fatores Culturais que Afetam a Busca de Ajuda Atual (perguntas 14-16). Tanto o processo de condução da EFC centrado na pessoa quanto as informações que obtém têm o objetivo de melhorar a validade cultural da avaliação diagnóstica, facilitar o planejamento do tratamento e promover a adesão e a satisfação do indivíduo. Para atingir esses objetivos, as informações obtidas com a EFC devem ser integradas com todos os demais materiais clínicos disponíveis em uma avaliação clínica abrangente e contextual. Uma versão do Informante da EFC pode ser usada para coletar informações colaterais sobre os domínios da entrevista com membros da família ou cuidadores.

Foram desenvolvidos módulos suplementares que expandem cada domínio da EFC e orientam os clínicos que desejam explorar esses domínios com mais profundidade. Módulos suplementares também foram desenvolvidos para populações específicas, como crianças e adolescentes, idosos, imigrantes e refugiados. Esses módulos suplementares são mencionados na EFC abaixo dos subtítulos pertinentes e estão disponíveis (em inglês) em www.psychiatry.org/dsm5.

Entrevista de Formulação Cultural (EFC)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da EFC estão entre parênteses.

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.
As perguntas seguintes objetivam esclarecer aspectos centrais do problema clínico apresentado segundo o ponto de vista do indivíduo e de outros membros de sua rede social (i.e., família, amigos ou outras pessoas envolvidas no problema atual). Isso inclui o significado do problema, fontes potenciais de ajuda e expectativas de serviços.	*INTRODUÇÃO PARA O INDIVÍDUO:* Eu gostaria de compreender os problemas que trouxeram você aqui para que eu possa ajudá-lo mais efetivamente. Quero saber sobre ***suas*** vivências e ideias. Vou fazer algumas perguntas sobre o que está acontecendo e como você está lidando com isso. Por favor, lembre-se de que não há respostas certas ou erradas.

DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA

Definição Cultural do Problema

(Modelo Explicativo, Nível de Funcionamento)

Obtenha a visão do indivíduo sobre os problemas centrais e as preocupações principais. *Foque na maneira própria do indivíduo de entender o problema.* *Use o termo, expressão ou breve descrição obtida na pergunta 1 para identificar o problema nas perguntas posteriores (p. ex., "seu conflito com seu filho").*	1. O que traz você aqui hoje? SE O INDIVÍDUO DÁ POUCOS DETALHES OU APENAS MENCIONA OS SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, INVESTIGUE: As pessoas frequentemente entendem seus problemas da sua própria maneira, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos os descrevem. Como você descreveria o seu problema?
Pergunte como o indivíduo expõe o problema para membros da rede social.	2. Às vezes, as pessoas têm formas diferentes de descrever seu problema para sua família, amigos ou outras pessoas na sua comunidade. Como você descreveria o seu problema para eles?
Foque nos aspectos do problema que mais importam para o indivíduo.	3. O que mais o incomoda em relação ao seu problema?

PERCEPÇÕES CULTURAIS DE CAUSA, CONTEXTO E APOIO

Causas

(Modelo Explicativo, Rede Social, Adultos Mais Velhos)

Esta pergunta indica o significado da condição para o indivíduo, que pode ser relevante para o atendimento clínico. *Observe que os indivíduos podem identificar múltiplas causas, dependendo do aspecto do problema que eles estão considerando.*	4. Por que você acha que isso está acontecendo com você? O que você acha que são as causas do seu [PROBLEMA]? *INVESTIGUE MAIS, SE NECESSÁRIO:* Algumas pessoas podem explicar os seus problemas como resultado de coisas ruins que acontecem na sua vida, problemas com os outros, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.
Foque nas visões dos membros da rede social do indivíduo. Elas podem ser diferentes e variar em relação à visão do indivíduo.	5. O que outras pessoas na sua família, seus amigos ou outras pessoas na sua comunidade acham que está causando o seu [PROBLEMA]?

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) (*Continuação*)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da EFC estão entre parênteses.

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.

Estressores e Apoios

(Rede Social, Cuidadores, Estressores Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Identidade Cultural, Adultos Mais Velhos, Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Coping*) e Busca de Ajuda)

Obtenha informações sobre o contexto de vida do indivíduo, focando nos recursos, apoios sociais e resiliência. Também podem ser investigados outros apoios (p. ex., de colegas de trabalho, da participação na religião ou espiritualidade).

6. Existe algum tipo de apoio que melhora o seu [PROBLEMA], como o apoio da família, amigos ou outros?

Foque nos aspectos estressantes do ambiente do indivíduo. Também podem ser investigados, p. ex., problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho ou na escola ou discriminação.

7. Existe algum tipo de estresse que piora o seu [PROBLEMA], como dificuldades financeiras ou problemas familiares?

Papel da Identidade Cultural

(Identidade Cultural, Estressores Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Adultos Mais Velhos, Crianças e Adolescentes)

Às vezes, aspectos da origem ou da identidade das pessoas podem melhorar ou piorar seu [PROBLEMA]. Por ***origem*** ou ***identidade***, eu quero dizer, por exemplo, as comunidades às quais você pertence, as línguas que você fala, de onde você ou sua família são, seu gênero ou orientação sexual ou sua fé ou religião.

Peça ao indivíduo que reflita sobre os elementos mais marcantes de sua identidade cultural. Use essas informações para adequar as perguntas 9-10, quando necessário.

8. Para você, quais são os aspectos mais importantes da sua origem ou identidade?

Investigue aspectos da identidade que melhoram ou pioram o problema.

Investigue quando necessário (p. ex., piora clínica em consequência de discriminação devido à condição de migração, raça/etnia ou orientação sexual).

9. Existem aspectos da sua origem ou identidade que fazem diferença para o seu [PROBLEMA]?

Investigue quando necessário (p. ex., problemas relacionados a migração; conflito entre gerações ou devido a papéis de gênero).

10. Existem aspectos da sua origem ou identidade que estão causando outras preocupações ou dificuldades para você?

Fatores Culturais que Afetam a Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Self-coping*) e a Busca de Ajuda no Passado

Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Self-coping*)

(Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Self-coping*) e Busca de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos Mais Velhos, Cuidadores, Estressores Psicossociais)

Esclareça o capacidade de lidar com situações difíceis (self-coping) do problema.

11. Às vezes, as pessoas têm formas variadas de lidar com problemas como [PROBLEMA]. O que você fez por sua conta para enfrentar o seu [PROBLEMA]?

Busca de Ajuda no Passado

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) (*Continuação*)

Os módulos suplementares usados para expandir cada subtópico da EFC estão entre parênteses.

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.

(Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Coping*) e Busca de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos Mais Velhos, Cuidadores, Estressores Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede Social, Relacionamento Clínico-Paciente)

Investigue fontes variadas de ajuda (p. ex., atendimento médico, tratamento de saúde mental, grupos de apoio, aconselhamento no trabalho, curandeirismo, aconselhamento religioso ou espiritual, outras formas de cura tradicional ou alternativa).

Investigue quando necessário (p. ex., "Que outras fontes de ajuda você usou?").

Esclareça a vivência e apreciação do indivíduo em relação à ajuda anterior.

12. Frequentemente, as pessoas procuram ajuda em muitas fontes distintas, incluindo diferentes tipos de médicos, pessoas que ajudam ou curandeiros. No passado, que tipos de tratamento, ajuda, aconselhamento ou meio de cura você procurou para o seu [PROBLEMA]?
    INVESTIGUE CASO ELE NÃO DESCREVA A UTILIDADE DA AJUDA RECEBIDA:
    Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? E não úteis?

Barreiras

(Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Coping*) e Busca de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Adultos Mais Velhos, Estressores Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede Social, Relacionamento Clínico-Paciente)

Esclareça o papel das barreiras sociais à busca de ajuda e ao acesso a atendimento e problemas de adesão em tratamento anterior.

Investigue detalhes quando necessário (p. ex., "O que atrapalhou?").

13. Alguma coisa o impediu de obter a ajuda de que você precisava?
    INVESTIGUE QUANDO NECESSÁRIO:
    Por exemplo, dinheiro, compromissos profissionais ou familiares, estigma ou discriminação ou ausência de serviços que entendam sua língua ou origem?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A BUSCA DE AJUDA ATUAL

Preferências

(Rede Social, Cuidadores, Religião e Espiritualidade, Adultos Mais Velhos, Capacidade de Lidar com Situações Difíceis (*Coping*) e Busca de Ajuda)

Esclareça as necessidades detectadas e as expectativas atuais de ajuda do indivíduo.

Investigue se o indivíduo lista apenas uma fonte de ajuda (p. ex., "Que outros tipos de ajuda seriam úteis para você neste momento?").

Foque nas visões da rede social em relação à busca de ajuda.

Agora, vamos falar mais um pouco sobre a ajuda de que você precisa.

14. Que tipos de ajuda você acha que seriam mais úteis para você neste momento para o seu [PROBLEMA]?
15. Existem outros tipos de ajuda que sua família, amigos ou outras pessoas sugeriram que seriam úteis para você agora?

Relacionamento Clínico-Paciente

(Relacionamento Clínico-Paciente, Adultos Mais Velhos)

Investigue possíveis preocupações a respeito do clínico ou do relacionamento clínico-paciente, incluindo a percepção de racismo, barreiras de língua ou diferenças culturais que possam minar a boa vontade, a comunicação ou a prestação do atendimento.

Investigue detalhes quando necessário (p. ex., "De que maneira?").

Aborde as possíveis barreiras ao atendimento ou as preocupações sobre o clínico e o relacionamento clínico-paciente levantadas anteriormente.

Às vezes, médicos e pacientes entendem-se mal porque provêm de origens diferentes ou têm expectativas diferentes.

16. Você se preocupou com isso e existe alguma coisa que possamos fazer para lhe prestar o atendimento de que você precisa?

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante

A EFC – Versão do Informante coleta informações colaterais de um informante que é conhecedor dos problemas clínicos e das circunstâncias de vida do indivíduo identificado. Essa versão pode ser usada para suplementar as informações obtidas da EFC principal ou pode ser usada em vez da EFC principal quando o indivíduo é incapaz de fornecer informações – como pode ocorrer, por exemplo, com crianças ou adolescentes, indivíduos completamente psicóticos ou pessoas com prejuízo cognitivo.

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.
As perguntas seguintes objetivam esclarecer aspectos centrais do problema clínico apresentado segundo o ponto de vista do informante. Isso inclui o significado do problema, fontes potenciais de ajuda e expectativas de serviços.	*INTRODUÇÃO PARA O INFORMANTE:* Eu gostaria de compreender os problemas que trouxeram seu familiar/amigo aqui para que eu possa ajudá-lo mais efetivamente. Quero saber sobre as ***suas*** vivências e ideias. Vou lhe fazer algumas perguntas sobre o que está acontecendo e sobre como você e seu familiar/amigo estão lidando com isso. Não há respostas certas ou erradas.
	RELACIONAMENTO COM O PACIENTE
Esclareça o relacionamento do informante com o indivíduo e/ou família do indivíduo.	1. Como você descreveria seu relacionamento com [INDIVÍDUO OU COM A FAMÍLIA]? *INVESTIGUE SE NÃO ESTIVER CLARO:* Com que frequência você vê [INDIVÍDUO]?
	DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA
Obtenha a visão do informante sobre os problemas centrais e as preocupações principais. *Foque na maneira própria do informante de entender o problema do indivíduo.* *Use o termo, expressão ou breve descrição obtida na pergunta 1 para identificar o problema nas perguntas posteriores (p. ex., "o conflito dele com seu filho").*	2. O que traz seu familiar/amigo aqui hoje? SE O INFORMANTE DÁ POUCOS DETALHES OU APENAS MENCIONA OS SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, INVESTIGUE: As pessoas frequentemente entendem os problemas da sua própria maneira, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos os descrevem. Como *você* descreveria o problema [DO INDIVÍDUO]?
Pergunte como o informante expõe o problema para membros da rede social.	3. Às vezes, as pessoas têm formas diferentes de descrever o problema para a família, amigos ou outras pessoas na sua comunidade. Como *você* descreveria o problema [DO INDIVÍDUO] para eles?
Foque nos aspectos do problema que mais importam para o informante.	4. O que mais o incomoda em relação ao problema [DO INDIVÍDUO]?

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante (*Continuação*)

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.

PERCEPÇÕES CULTURAIS DE CAUSA, CONTEXTO E APOIO

CAUSAS

Esta pergunta indica o significado da condição para o informante, o qual pode ser relevante para o atendimento clínico.

Observe que os informantes podem identificar múltiplas causas, dependendo do aspecto do problema que eles estão considerando.

5. Por que você acha que isso está acontecendo com [O INDIVÍDUO]? O que você acha que são as causas do seu [PROBLEMA]?

   INVESTIGUE MAIS, SE NECESSÁRIO:

   Algumas pessoas podem explicar o problema como resultado de coisas ruins que acontecem na sua vida, problemas com os outros, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.

Foque nas visões dos membros da rede social do indivíduo. Elas podem ser diferentes e variar em relação à visão do informante.

6. O que outros familiares [DO INDIVÍDUO], seus amigos ou outras pessoas na comunidade acham que está causando o [PROBLEMA] [DO INDIVÍDUO]?

ESTRESSORES E APOIOS

Obtenha informações sobre o contexto de vida do indivíduo, focando nos recursos, apoios sociais e resiliência. Também podem ser investigados outros apoios (p. ex., de colegas de trabalho, da participação na religião ou espiritualidade).

7. Existe algum tipo de apoio que melhora seu [PROBLEMA], como o apoio da família, amigos ou outros?

Foque nos aspectos estressantes do ambiente do indivíduo. Também podem ser investigados, p. ex., problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho ou escola ou discriminação.

8. Existe algum tipo de estresse que piora seu [PROBLEMA], como dificuldades com dinheiro ou problemas familiares?

PAPEL DA IDENTIDADE CULTURAL

Às vezes, aspectos da origem ou identidade da pessoa podem melhorar ou piorar o [PROBLEMA]. Por ***origem*** ou ***identidade***, quero dizer, por exemplo, as comunidades às quais você pertence, as línguas que você fala, de onde você ou sua família são, seu gênero ou orientação sexual e sua fé ou religião.

Peça ao informante que reflita sobre os elementos mais proeminentes da identidade cultural do indivíduo. Use essas informações para adequar as perguntas 9-10, quando necessário.

9. Para você, quais são os aspectos mais importantes da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO]?

Investigue aspectos da identidade que melhoram ou pioram o problema.

Investigue quando necessário (p. ex., piora clínica em consequência de discriminação devido à condição de migração, raça/etnia ou orientação sexual).

10. Existem aspectos da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO] que fazem diferença para seu [PROBLEMA]?

Investigue quando necessário (p. ex., problemas relacionados a migração; conflito entre gerações ou devido a papéis de gênero).

11. Existem aspectos da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO] que estão causando outras preocupações ou dificuldades para ele?

Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante (*Continuação*)

ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR	AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A CAPACIDADE DE LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS (*SELF-COPING*) E A BUSCA DE AJUDA NO PASSADO

CAPACIDADE DE LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS (*SELF-COPING*)

Esclareça a capacidade de lidar com situações difíceis (self-coping) do indivíduo para o problema.

12. Às vezes, as pessoas têm formas variadas de lidar com problemas como [PROBLEMA]. O que [O INDIVÍDUO] fez por sua conta para enfrentar seu [PROBLEMA]?

BUSCA DE AJUDA NO PASSADO

Investigue várias fontes de ajuda (p. ex., atendimento médico, tratamento de saúde mental, grupos de apoio, aconselhamento no trabalho, curandeirismo, aconselhamento religioso ou espiritual, outras formas de cura alternativas).

Investigue quando necessário (p. ex., "Que outras fontes de ajuda ele usou?").

Esclareça a vivência e a apreciação do indivíduo em relação à ajuda anterior.

13. Frequentemente, as pessoas procuram ajuda em muitas fontes distintas, incluindo diferentes tipos de médicos, pessoas que ajudam ou curandeiros. No passado, que tipos de tratamento, ajuda, aconselhamento ou cura [O INDIVÍDUO] procurou para seu [PROBLEMA]?

   INVESTIGUE CASO ELE NÃO DESCREVA A UTILIDADE DA AJUDA RECEBIDA:

   Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? E não úteis?

BARREIRAS

Esclareça o papel das barreiras sociais à busca de ajuda e ao acesso a atendimento e problemas de adesão em tratamento anterior.

Investigue detalhes quando necessário (p. ex., "O que atrapalhou?").

14. Alguma coisa impediu [O INDIVÍDUO] de obter a ajuda de que precisava?

   INVESTIGUE QUANDO NECESSÁRIO:

   Por exemplo, dinheiro, compromissos profissionais ou familiares, estigma ou discriminação ou ausência de serviços que entendam sua língua ou origem?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A BUSCA DE AJUDA ATUAL

PREFERÊNCIAS

Esclareça as necessidades detectadas e as expectativas atuais de ajuda do indivíduo segundo o ponto de vista do informante.

Investigue caso o informante liste apenas uma fonte de ajuda (p. ex., "Que outros tipos de ajuda seriam úteis para [O INDIVÍDUO] neste momento?").

Foque nas visões da rede social em relação à busca de ajuda.

Agora, vamos falar sobre a ajuda de que [O INDIVÍDUO] precisa.

15. Que tipos de ajuda você acha que seriam mais úteis para ele neste momento para seu [PROBLEMA]?

16. Existem outros tipos de ajuda que a família dele, amigos ou outras pessoas sugeriram que seriam úteis para ele agora?

RELACIONAMENTO CLÍNICO-PACIENTE

Investigue possíveis preocupações a respeito do clínico ou do relacionamento clínico-paciente, incluindo a percepção de racismo, barreiras de língua ou diferenças culturais que podem abalar a boa vontade, a comunicação ou a prestação do atendimento.

Investigue detalhes quando necessário (p. ex., "De que maneira?").

Aborde as possíveis barreiras ao atendimento ou preocupações sobre o clínico ou sobre o relacionamento clínico-paciente levantadas anteriormente.

Às vezes, médicos e pacientes entendem-se mal porque provêm de origens diferentes ou têm expectativas diferentes.

17. Você se preocupou com isso e existe alguma coisa que possamos fazer para prestar [AO INDIVÍDUO] o atendimento de que ele precisa?

Conceitos Culturais de Sofrimento

Conceitos culturais de sofrimento referem-se às formas como os grupos culturais vivenciam, entendem e comunicam sofrimento, problemas comportamentais ou emoções e pensamentos incômodos. Podem ser distinguidos três tipos principais de conceitos culturais. *Síndromes culturais* são grupos de sintomas e atribuições que tendem a ocorrer de forma concomitante entre indivíduos em grupos, comunidades ou contextos culturais específicos e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes de experiência. O *idioma cultural de sofrimento* são formas de expressar sofrimento que podem não envolver síndromes ou sintomas específicos, mas que proporcionam formas coletivas e compartilhadas de experimentar e falar sobre preocupações pessoais ou sociais. Por exemplo, a conversa rotineira sobre "nervos" ou "depressão" pode se referir a formas amplamente variadas de sofrimento sem se enquadrar em um conjunto distinto de sintomas, síndrome ou transtorno. *Explicações culturais* ou *causas percebidas* são rótulos, atribuições ou características de um modelo explicativo que indicam um significado ou etiologia culturalmente reconhecida para sintomas, doença ou sofrimento.

Esses três conceitos – síndromes, expressões idiomáticas e explicações – são mais relevantes para a prática clínica do que a antiga formulação da *síndrome ligada à cultura*. De forma específica, o termo *síndrome ligada à cultura* ignora o fato de que diferenças culturais clinicamente importantes com frequência envolvem explicações ou experiência de sofrimento em vez de configurações de sintomas culturalmente distintivas. Além disso, o termo *ligada à cultura* enfatiza de maneira excessiva a particularidade local e a distribuição limitada de conceitos culturais de sofrimento. A formulação atual reconhece que *todas* as formas de sofrimento são moldadas localmente, incluindo os transtornos do DSM. De acordo com essa perspectiva, muitos diagnósticos do DSM podem ser entendidos como protótipos operacionalizados que começaram como síndromes culturais e se tornaram amplamente aceitos como consequência de sua utilidade para a clínica e para a pesquisa. Entre os grupos, permanecem existindo diferenças modeladas culturalmente nos sintomas, nas maneiras de falar sobre sofrimento e nas causas percebidas localmente, as quais estão, por sua vez, associadas a estratégias para lidar com situações difíceis (*coping*) e a padrões de busca de ajuda.

Conceitos culturais para sofrimento mental e emocional surgem de sistemas diagnósticos locais profissionais ou populares e podem também refletir a influência de conceitos biomédicos. Conceitos culturais apresentam quatro características centrais em relação à nosologia do DSM-5:

- Raramente existe uma correspondência exata "um para um" de algum conceito cultural com uma entidade diagnóstica do DSM; a correspondência é mais provavelmente de "um para muitos" em cada uma das direções. Sintomas ou comportamentos que podem ser inclusos pelo DSM-5 em vários transtornos podem ser incorporados em um único conceito popular, e apresentações diversas que podem ser classificadas pelo DSM-5 como variantes de um único transtorno podem ser organizadas em vários conceitos distintos por um sistema diagnóstico nativo.
- Conceitos culturais podem se aplicar a uma ampla faixa de gravidade, incluindo apresentações que não satisfazem os critérios do DSM para um transtorno mental. Por exemplo, um indivíduo com luto agudo ou uma situação social difícil pode usar a mesma expressão idiomática de sofrimento ou exibir a mesma síndrome cultural que outra pessoa com psicopatologia mais grave.
- No uso comum, o mesmo termo cultural frequentemente denota mais de um tipo de conceito cultural. Um exemplo familiar pode ser o conceito de "depressão", que pode ser usado para descrever uma síndrome (p. ex., transtorno depressivo maior), uma expressão idiomática de sofrimento (p. ex., como na expressão comum "Eu me sinto deprimido") ou uma causa percebida (semelhante a "estresse").
- Assim como a cultura e o próprio DSM, os conceitos culturais podem mudar ao longo do tempo em resposta a influências tanto locais quanto globais.

Conceitos culturais são importantes para o diagnóstico psiquiátrico por várias razões:

- **Para evitar erros diagnósticos:** A variação cultural nos sintomas e nos modelos explicativos associada a esses conceitos culturais pode levar os clínicos a julgar mal a gravidade de um problema ou atribuir o diagnóstico errado (p. ex., explicações espirituais pouco familiares podem ser entendidas erroneamente como psicose).
- **Para obter informações clínicas úteis:** As variações culturais nos sintomas e nas atribuições podem estar associadas a características particulares de risco, resiliência e resultado.
- **Para melhorar o vínculo clínico e a adesão:** "Falar a língua do paciente", tanto linguisticamente quanto em termos dos seus conceitos e metáforas dominantes, pode resultar em mais comunicação e satisfação, facilitar a combinação do tratamento e levar a maior permanência e adesão.
- **Para melhorar a eficácia terapêutica:** A cultura influencia os mecanismos psicológicos do transtorno, os quais precisam ser compreendidos e abordados para melhorar a eficácia clínica. Por exemplo, cognições catastróficas culturalmente específicas podem contribuir para o aumento dos sintomas em ataques de pânico.
- **Para orientar a pesquisa clínica:** Conexões localmente detectadas entre conceitos culturais podem ajudar a identificar padrões de comorbidade e substratos biológicos subjacentes.
- **Para esclarecer a epidemiologia cultural:** Os conceitos culturais de sofrimento não são endossados uniformemente por todos em uma determinada cultura. A distinção das síndromes, expressões idiomáticas e explicações proporciona uma abordagem para o estudo da distribuição das características culturais da doença entre os contextos e regiões e ao longo do tempo. Também sugere perguntas sobre os determinantes culturais do risco, curso e resultado em contextos clínicos e da comunidade para melhorar a base de evidências da pesquisa cultural.

O DSM-5 inclui informações sobre conceitos culturais visando melhorar a precisão do diagnóstico e a abrangência da avaliação clínica. A avaliação clínica dos indivíduos que se apresentam com esses conceitos culturais deve determinar se eles atendem aos critérios do DSM-5 para um transtorno especificado ou para um diagnóstico de *outro trantorno especificado* ou *não especificado*. Depois de o transtorno ser diagnosticado, os termos e explicações culturais devem ser inclusos nas formulações do caso; eles podem ajudar a esclarecer sintomas e atribuições etiológicas que de outra forma poderiam ser confusos. Indivíduos cujos sintomas não atendem aos critérios do DSM para um transtorno mental específico ainda podem esperar e requerer tratamento; isso deve ser avaliado de acordo com cada caso. Além da EFC e de seus módulos complementares, o DSM-5 contém as seguintes informações e ferramentas que podem ser úteis para integrar as informações culturais à prática clínica:

- **Dados nos critérios e no texto do DSM-5 para transtornos específicos:** O texto inclui informações sobre as variações culturais em prevalência, sintomatologia, conceitos culturais associados e outros aspectos clínicos. É importante enfatizar que não existe uma correspondência exata de "um para um" no nível de categorias entre os transtornos do DSM e os conceitos culturais. O diagnóstico diferencial para os indivíduos deve, portanto, incorporar informações sobre a variação cultural com informações obtidas pela EFC.
- **Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica:** Algumas das preocupações clínicas identificadas pela EFC podem corresponder a códigos V ou Z – por exemplo, problemas de aculturação, problemas na relação pai-filho ou mãe-filho ou problemas religiosos ou espirituais.
- **Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento:** Localizado no Apêndice, esse glossário oferece exemplos de conceitos culturais de sofrimento bem estudados que ilustram a relevância da informação cultural para o diagnóstico clínico e algumas das inter-relações entre síndromes culturais, expressões idiomáticas de sofrimento e explicações causais.

Página propositalmente deixada em branco

Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade

A abordagem atual dos transtornos da personalidade aparece na Seção II deste Manual, e um modelo alternativo desenvolvido para o DSM-5 é apresentado aqui na Seção III. A inclusão de ambos os modelos no DSM-5 reflete a decisão do Conselho de Diretores da APA de preservar a continuidade com a prática clínica atual e ao mesmo tempo apresentar uma nova abordagem dos transtornos da personalidade que visa tratar de inúmeros pontos fracos da abordagem atual. Por exemplo, o paciente típico que atende os critérios para um transtorno da personalidade específico com frequência também atende critérios para outros transtornos da personalidade. Igualmente, outro transtorno da personalidade especificado ou não especificado é com frequência o diagnóstico correto (porém pouco informativo), no sentido de que os pacientes não tendem a apresentar padrões de sintomas que correspondem a somente um transtorno da personalidade.

No modelo alternativo do DSM-5, os transtornos da personalidade são caracterizados por prejuízos no *funcionamento* da personalidade e por *traços* de personalidade patológicos. Os diagnósticos específicos de transtorno da personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem os transtornos da personalidade antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Essa abordagem também inclui um diagnóstico de transtorno da personalidade – especificado pelo traço (TP-ET), que pode ser feito quando um transtorno da personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno específico não são satisfeitos.

Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade

Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade

As características essenciais de um transtorno da personalidade são:

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade (*self*/interpessoal).
B. Um ou mais traços de personalidade patológicos.
C. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
D. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta.
E. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
F. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave).
G. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural.

Um diagnóstico de transtorno da personalidade requer duas determinações: 1) uma avaliação do nível de prejuízo no funcionamento da personalidade, que é necessária para o Critério

A; e 2) uma avaliação dos traços de personalidade patológicos, que é necessária para o Critério B. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade são relativamente flexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério C); são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta (Critério D); não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério E); não são atribuíveis aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica (Critério F); e não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural (Critério G). Todos os transtornos da personalidade da Seção III descritos pelo conjunto de critérios, assim como os TP-ET, por definição, satisfazem esses critérios gerais.

Critério A: Nível de Funcionamento da Personalidade

Perturbações no funcionamento **individual** e **interpessoal** constituem o núcleo da psicopatologia da personalidade e, nesse modelo diagnóstico alternativo, são avaliadas em um *continuum*. O funcionamento individual envolve identidade e autodirecionamento; o funcionamento interpessoal envolve empatia e intimidade (ver a Tabela 1). A Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP; ver a Tabela 2, p. 775-778) utiliza cada um desses elementos para diferenciar cinco níveis de prejuízo, variando de pouco ou nenhum prejuízo (i.e., saudável funcionamento adaptativo – Nível 0) até algum prejuízo (Nível 1), prejuízo moderado (Nível 2), prejuízo grave (Nível 3) e prejuízo extremo (Nível 4).

TABELA 1 Elementos do funcionamento da personalidade

Si mesmo (*Self*):

1. ***Identidade:*** Vivência de si como único, com fronteiras claras entre si mesmo e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação; capacidade para, e habilidade de regular, várias experiências emocionais.
2. ***Autodirecionamento:*** Busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorrefletir produtivamente.

Interpessoal:

1. ***Empatia:*** Compreensão e apreciação das experiências e motivações das outras pessoas; tolerância em relação a perspectivas divergentes; entendimento dos efeitos do próprio comportamento sobre os outros.
2. ***Intimidade:*** Profundidade e duração do vínculo com outras pessoas; desejo e capacidade de proximidade; respeito mútuo refletido no comportamento interpessoal.

Prejuízo no funcionamento da personalidade prediz a presença de um transtorno da personalidade, e a gravidade do prejuízo prediz se um indivíduo apresenta mais de um transtorno da personalidade ou um dos transtornos da personalidade mais tipicamente graves. Um nível moderado de prejuízo no funcionamento da personalidade é necessário para o diagnóstico de um transtorno da personalidade; esse limiar está baseado em evidências empíricas de que o nível moderado de prejuízo maximiza a capacidade dos clínicos de identificar com precisão e eficiência uma patologia de transtorno da personalidade.

Critério B: Traços de Personalidade Patológicos

Traços de personalidade patológicos estão organizados em cinco domínios amplos: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Dentro dos cinco **domínios de traços** amplos encontram-se 25 **facetas de traços** específicas que foram desenvolvidas inicialmente a partir de uma revisão dos modelos de traços existentes e posteriormente por meio de pesquisas sucessivas com amostras de pessoas que procuraram serviços de saúde mental. A taxonomia completa dos traços é apresentada na Tabela 3 (ver p. 779-781). Os Critérios B para

os transtornos da personalidade específicos compreendem subgrupos das 25 facetas de traços, baseados em revisões metanalíticas e dados empíricos sobre as relações dos traços com os diagnósticos de transtorno da personalidade do DSM-IV.

Critérios C e D: Difusão e Estabilidade

Prejuízos no funcionamento da personalidade e traços de personalidade patológicos são *relativamente* difusos dentro de uma ampla faixa de contextos pessoais e sociais, visto que personalidade é definida como um padrão de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e si mesmo. O termo *relativamente* reflete o fato de que todas as personalidades, exceto as mais extremamente patológicas, mostram algum grau de adaptabilidade. O padrão nos transtornos da personalidade é mal-adaptativo e relativamente inflexível, o que leva a deficiências no funcionamento social, profissional ou em outros objetivos importantes, pois os indivíduos são incapazes de modificar seu pensamento ou comportamento, mesmo diante de evidências de que sua abordagem não está funcionando. Os prejuízos no funcionamento e os traços de personalidade também são *relativamente* estáveis. Os traços de personalidade – as disposições a se comportar ou sentir de determinadas maneiras – são mais estáveis do que as expressões sintomáticas dessas disposições, mas também podem mudar. Os prejuízos no funcionamento da personalidade são mais estáveis do que os sintomas.

Critérios E, F e G: Explicações Alternativas para a Patologia da Personalidade (Diagnóstico Diferencial)

Em algumas ocasiões, o que parece ser um transtorno da personalidade pode ser mais bem explicado por outro transtorno mental, pelos efeitos de uma substância, por outra condição médica, por um estágio normal do desenvolvimento (p. ex., adolescência, velhice) ou pelo ambiente sociocultural do indivíduo. Quando outro transtorno mental está presente, o diagnóstico de um transtorno da personalidade não é feito se as manifestações do transtorno da personalidade são claramente uma expressão de outro transtorno mental (p. ex., se características de transtorno da personalidade esquizotípica estão presentes somente no contexto da esquizofrenia). Por sua vez, transtornos da personalidade podem ser diagnosticados com precisão na presença de outro transtorno mental, como o transtorno depressivo maior, e pacientes com outros transtornos mentais devem ser avaliados para transtornos da personalidade comórbidos porque estes com frequência impactam o curso de outros transtornos mentais. Portanto, sempre é apropriado avaliar o funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos que oferecem um contexto para outra psicopatologia.

Transtornos da Personalidade Específicos

Esta seção inclui critérios diagnósticos para transtornos da personalidade antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Cada transtorno da personalidade é definido por prejuízos típicos no funcionamento da personalidade (Critério A) e traços de personalidade patológicos característicos (Critério B):

- As características típicas do **transtorno da personalidade antissocial** são: falha em se adequar a um comportamento lícito e ético e egocêntrica e insensível falta de preocupação com os outros, acompanhada de desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos.
- As características típicas do **transtorno da personalidade evitativa** são: evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de incapacidade e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo do ridículo ou constrangimento.
- As características típicas do **transtorno da personalidade *borderline*** são: instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos, acompanhada de impulsividade, exposição a riscos e/ou hostilidade.
- As características típicas do **transtorno da personalidade narcisista** são: autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade declarada ou encoberta.

- As características típicas do **transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva** são: dificuldades no estabelecimento e na manutenção de relacionamentos íntimos, associadas a perfeccionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita.
- As características típicas do **transtorno da personalidade esquizotípica** são: prejuízos na capacidade para estabelecer relações sociais e relacionamentos íntimos e excentricidades na cognição, na percepção e no comportamento que estão associadas a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes e acompanhados por desconfiança e expressão emocional restrita.

Os critérios A e B para os seis transtornos da personalidade específicos e para TP-ET são apresentados a seguir. Todos os transtornos da personalidade também satisfazem os critérios C até G dos Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade.

Transtorno da Personalidade Antissocial

As características típicas do transtorno da personalidade antissocial são falha em se adequar a um comportamento lícito e ético e egocêntrica e insensível falta de preocupação com os outros, acompanhada de desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios do Antagonismo e da Desinibição.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Egocentrismo; autoestima derivada de ganho, poder ou prazer pessoal.
   2. ***Autodirecionamento:*** Definição de objetivos baseada na gratificação pessoal; ausência de padrões pró-sociais internos, associada a falha em se adequar ao comportamento lícito ou ao comportamento ético em relação às normas da cultura.
   3. ***Empatia:*** Ausência de preocupação pelos sentimentos, necessidade ou sofrimento das outras pessoas; ausência de remorso após magoar ou tratar mal alguém.
   4. ***Intimidade:*** Incapacidade de estabelecer relações mutuamente íntimas, pois a exploração é um meio primário de se relacionar com os outros, incluindo engano e coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar outras pessoas.

B. Seis ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir:
   1. ***Manipulação*** (um aspecto do **Antagonismo**): Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar outras pessoas; uso de sedução, charme, loquacidade ou insinuação para atingir seus fins.
   2. ***Insensibilidade*** (um aspecto do **Antagonismo**): Falta de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros; agressão; sadismo.
   3. ***Desonestidade*** (um aspecto do **Antagonismo**): Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de fatos.
   4. ***Hostilidade*** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento maldoso, grosseiro ou vingativo.
   5. ***Exposição a risco*** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem dar importância às consequências; propensão ao tédio e realização de atividades impensadas para contrapor ao tédio; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
   6. ***Impulsividade*** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação de caráter momentâneo sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos.

7. ***Irresponsabilidade*** (um aspecto da **Desinibição**): Desconsideração por – e falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações e compromissos; falta de respeito por – e falta de continuidade nas – combinações e promessas.

Nota: O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

Especificar se:

Com características psicopáticas.

Especificadores. Uma variante distinta frequentemente denominada *psicopatia* (ou psicopatia "primária") é marcada por ausência de ansiedade ou medo e por um estilo interpessoal audacioso que pode mascarar comportamentos mal-adaptativos (p. ex., fraudulência). Essa variante psicopática é caracterizada por baixos níveis de ansiedade (domínio da Afetividade Negativa) e retraimento (domínio do Distanciamento) e altos níveis de busca de atenção (domínio do Antagonismo). A intensa busca de atenção e o baixo retraimento capturam o componente de potência social (assertivo/dominante) da psicopatia, enquanto a baixa ansiedade captura o componente da imunidade ao estresse (estabilidade emocional/resiliência).

Além das características psicopáticas, os especificadores dos traços e do funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar outras características da personalidade que podem estar presentes no transtorno da personalidade antissocial, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Afetividade Negativa (p. ex., ansiedade) não são critérios diagnósticos para transtorno da personalidade antissocial (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Evitativa

As características típicas do transtorno da personalidade evitativa são evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de incapacidade e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo do ridículo ou constrangimento. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e do Distanciamento.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Baixa autoestima associada à autoavaliação como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.
   2. ***Autodirecionamento:*** Padrões irrealistas de comportamento associados a relutância em buscar objetivos, assumir riscos pessoais ou participar de novas atividades que envolvam contato interpessoal.
   3. ***Empatia:*** Preocupação e sensibilidade a crítica ou rejeição, associadas a inferência distorcida das perspectivas dos outros como negativas.
   4. ***Intimidade:*** Relutância em envolver-se com pessoas a menos que esteja certo de ser benquisto; reciprocidade diminuída nos relacionamentos íntimos devido ao medo de passar vergonha ou ser ridicularizado.

B. Três ou mais dos quatro traços de personalidade patológicos a seguir, um dos quais deve ser (1) Ansiedade:

1. ***Ansiedade*** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimento intenso de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a situações sociais; preocupação com os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades futuras negativas; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de passar constrangimento.

2. ***Retraimento*** (um aspecto do **Distanciamento**): Reserva nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de início de contato social.
3. ***Anedonia*** (um aspecto do **Distanciamento**): Falta de prazer, envolvimento ou energia em relação às experiências de vida; déficits na capacidade de sentir prazer ou se interessar pelas coisas.
4. ***Evitação da intimidade*** (um aspecto do **Distanciamento**): Evitação de relações próximas ou amorosas, de vínculos interpessoais e de relações sexuais íntimas.

Especificadores. É encontrada considerável heterogeneidade na forma de traços de personalidade adicionais entre indivíduos diagnosticados com transtorno da personalidade evitativa. Os especificadores dos traços e do nível de funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características adicionais da personalidade que podem estar presentes no transtorno da personalidade evitativa. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (p. ex., tendência à depressão, insegurança de separação, submissão, desconfiança, hostilidade) não são critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade evitativa (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade evitativa (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade *Borderline*

As características típicas do transtorno da personalidade *borderline* são instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos, acompanhada por impulsividade, exposição a riscos e/ou hostilidade. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos no domínio da Afetividade Negativa e também do Antagonismo e/ou da Desinibição.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Autoimagem acentuadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, frequentemente associada a autocrítica excessiva; sentimentos crônicos de vazio; estados dissociativos sob estresse.
   2. ***Autodirecionamento:*** Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira.
   3. ***Empatia:*** Capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e as necessidades das outras pessoas associada a hipersensibilidade interpessoal (i.e., propensão a se sentir menosprezado ou insultado); percepções seletivamente parciais dos outros em relação a atributos negativos ou vulnerabilidades.
   4. ***Intimidade:*** Relações íntimas intensas, instáveis e conflitantes, marcadas por desconfiança, carência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; relações íntimas frequentemente encaradas em extremos de idealização e desvalorização e alternando entre envolvimento excessivo e retraimento.

B. Quatro ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir, no mínimo um dos quais deve ser (5) Impulsividade, (6) Exposição a Riscos ou (7) Hostilidade:
   1. ***Labilidade emocional*** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Experiências emocionais instáveis e frequentes alterações do humor; as emoções são facilmente provocadas, intensas e/ou desproporcionais aos fatos e circunstâncias.
   2. ***Ansiedade*** (um aspecto da **Afetividade Negativa)**: Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a estresses interpessoais; preocupação com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de desmoronar ou perder o controle.
   3. ***Insegurança de separação*** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Medo de rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, associado a temor de dependência excessiva e completa perda da autonomia.

4. ***Tendência à depressão*** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos frequentes de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de recuperação de tais humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha difusa; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
5. ***Impulsividade*** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação momentânea sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade para estabelecer ou seguir planos; senso de urgência e comportamento de autoagressão sob estresse emocional.
6. ***Exposição a riscos*** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem consideração das consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
7. ***Hostilidade*** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos.

Especificadores. Os especificadores dos traços e do nível de funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno da personalidade *borderline*, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Psicoticismo (p. ex., desregulação cognitiva e perceptiva) não são critérios diagnósticos para transtorno da personalidade *borderline* (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline* (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Narcisista

As características típicas do transtorno da personalidade narcisista são autoestima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade declarada ou encoberta. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos no domínio do Antagonismo.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Referência excessiva aos outros para regulação da autodefinição e da autoestima; autoapreciação exagerada inflada ou esvaziada ou oscilando entre os extremos; a regulação emocional espelha flutuações na autoestima.
   2. ***Autodirecionamento:*** Definição dos objetivos baseada na obtenção de aprovação dos outros; padrões pessoais irracionalmente altos, visando ver-se como excepcional, ou muito baixos, com base em um senso de direito; com frequência sem consciência das próprias motivações.
   3. ***Empatia:*** Prejuízo na capacidade de reconhecer ou de se identificar com os sentimentos e as necessidades das outras pessoas; excessivamente atento às reações dos outros, mas somente se percebidas como relevantes para si; superestimação ou subestimação do próprio efeito nos outros.
   4. ***Intimidade:*** Relacionamentos em grande parte superficiais e que existem para servir à regulação da autoestima; reciprocidade restringida pelo pouco interesse nas experiências dos outros e pela predominância de uma necessidade de ganho pessoal.

B. Ambos os traços de personalidade patológicos a seguir:
   1. ***Grandiosidade*** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de direito, declarados ou encobertos; egocentrismo; firmemente apegado à crença de ser melhor do que os outros; condescendente com os outros.

2. ***Busca de atenção*** (um aspecto do **Antagonismo**): Tentativas excessivas de atrair e ser o foco da atenção dos outros; busca de admiração.

Especificadores. Os especificadores dos traços e do funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno da personalidade narcisista, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Antagonismo (p. ex., manipulação, desonestidade, insensibilidade) não são critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade narcisista (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando estiverem presentes características antagonistas mais difusas (p. ex., "narcisismo maligno"). Outros traços de Afetividade Negativa (p. ex., tendência à depressão, ansiedade) podem ser especificados para registrar apresentações mais "vulneráveis". Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva

As características típicas do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva são dificuldades no estabelecimento e manutenção de relacionamentos íntimos associadas a perfeccionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, conforme descrito a seguir, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e/ou do Distanciamento.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Percepção de si mesmo derivada predominantemente do trabalho ou da produtividade; experiência e expressão restritas de emoções fortes.
   2. ***Autodirecionamento:*** Dificuldade na conclusão de tarefas e realização dos objetivos, associada a padrões internos de comportamento rígidos e exageradamente elevados e inflexíveis; atitudes excessivamente meticulosas e moralistas.
   3. ***Empatia:*** Dificuldade em compreender e levar em consideração as ideias, os sentimentos ou os comportamentos das outras pessoas.
   4. ***Intimidade:*** Relacionamentos vistos como secundários ao trabalho e à produtividade; rigidez e teimosia afetam negativamente as relações com as outras pessoas.

B. Três ou mais dos quatros traços de personalidade patológicos a seguir, um dos quais deve ser (1) Perfeccionismo rígido:
   1. ***Perfeccionismo rígido*** (um aspecto da extrema Meticulosidade [o polo oposto da Desibinição]): Insistência rígida para que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o próprio desempenho e o dos outros; sacrifício de oportunidades para assegurar a correção em todos os detalhes; crença de que existe apenas uma forma certa de fazer as coisas; dificuldade para mudar de ideia e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem.
   2. ***Perseverança*** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Persistência nas tarefas muito tempo depois que o comportamento deixou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de fracassos repetidos.
   3. ***Evitação da intimidade*** (um aspecto do **Distanciamento**): Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relações sexuais íntimas.
   4. ***Afetividade restrita*** (um aspecto do **Distanciamento**): Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocional restritas; indiferença e frieza.

Especificadores. Os especificadores dos traços e do funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características adicionais da personalidade que podem estar presentes no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, mas que não são necessárias para o diagnóstico.

Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (p. ex., ansiedade) não são critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica

As características típicas do transtorno da personalidade esquizotípica são prejuízos na capacidade para estabelecer relacionamentos sociais e íntimos e excentricidades na cognição, na percepção e no comportamento que estão associados a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes e acompanhados de desconfiança e expressão emocional restrita. As dificuldades características são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, em conjunto com traços mal-adaptativos específicos nos domínios do Psicoticismo e do Distanciamento.

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade:*** Fronteiras confusas entre si mesmo e os outros; autoconceito distorcido; expressão emocional frequentemente não congruente com o contexto ou com a experiência interna.
   2. ***Autodirecionamento:*** Objetivos irrealistas ou incoerentes; sem um conjunto claro de padrões internos.
   3. ***Empatia:*** Dificuldade acentuada em compreender o impacto dos próprios comportamentos nos outros; frequentes interpretações errôneas das motivações e dos comportamentos das outras pessoas.
   4. ***Intimidade:*** Prejuízos marcantes no desenvolvimento de relacionamentos íntimos, associados a desconfiança e ansiedade.

B. Quatro ou mais dos seis traços de personalidade patológicos a seguir:
   1. ***Desregulação cognitiva e perceptiva*** (um aspecto do **Psicoticismo**): Processos de pensamento estranhos ou incomuns; pensamento ou discurso vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado; sensações estranhas em várias modalidades sensoriais.
   2. ***Crenças e experiências incomuns*** (um aspecto do **Psicoticismo**): Conteúdo do pensamento e visões da realidade que são encarados pelos outros como bizarros ou idiossincrásticos; experiências incomuns de realidade.
   3. ***Excentricidade*** (um aspecto do **Psicoticismo**): Comportamento ou aparência estranhos, incomuns ou bizarros; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
   4. ***Afetividade restrita*** (um aspecto do **Distanciamento**): Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocionais restritas; indiferença e frieza.
   5. ***Retraimento*** (um aspecto do **Distanciamento**): Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência em situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; falta de iniciativa de contato social.
   6. ***Desconfiança*** (um aspecto do **Distanciamento**): Expectativas de – e sensibilidade aumentada a – sinais de más intenções ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade das outras pessoas; sentimentos de perseguição.

Especificadores. Os especificadores de traços e o funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno da personalidade esquizotípica, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, os traços de Afetividade Negativa (p. ex., tendência à depressão, ansiedade) não são critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade esquizotípica (ver o Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além do mais, embora seja necessário um prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno da personalidade esquizotípica (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade – Especificado pelo Traço

Critérios Diagnósticos Propostos

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
   1. ***Identidade***
   2. ***Autodirecionamento***
   3. ***Empatia***
   4. ***Intimidade***

B. Um ou mais domínios de traços de personalidade patológicos OU facetas específicas de traços dentro dos domínios, considerando TODOS os domínios a seguir:
   1. **Afetividade Negativa** (vs. Estabilidade Emocional): Experiências frequentes e intensas de altos níveis de uma ampla faixa de emoções negativas (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência).
   2. **Distanciamento** (vs. Extroversão): Evitação de experiência socioemocional, incluindo tanto afastamento das interações interpessoais, variando de interações cotidianas e casuais até amizades e relacionamentos íntimos, quanto experiência e expressão afetivas restritas, particularmente apresentando capacidade limitada de obtenção de prazer.
   3. **Antagonismo** (vs. Afabilidade): Comportamentos que colocam o indivíduo em discordância com outras pessoas, incluindo senso exagerado de autoimportância e expectativa concomitante de tratamento especial, bem como antipatia insensível em relação aos outros, abrangendo tanto a falta de consciência das necessidades e sentimentos dos outros quanto disposição a usá-los a serviço do autoaprimoramento.
   4. **Desinibição** (vs. Meticulosidade): Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo guiado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou consequências futuras.
   5. **Psicoticismo** (vs. Lucidez): Exibição de uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo tanto processo (p. ex., percepção, dissociação) quanto conteúdo (p. ex., crenças).

Subtipos. Como as características da personalidade variam continuamente ao longo de múltiplas dimensões dos traços, um conjunto abrangente de expressões potenciais de TP-ET pode ser representado pelo modelo dimensional do DSM-5 das variantes dos traços de personalidade mal-adaptativos (ver a Tabela 3, p. 779-781). Assim, os subtipos são desnecessários para TP-ET, e, em vez disso, são fornecidos os elementos descritivos que constituem a personalidade, organizados em um modelo embasado empiricamente. Essa organização permite que os clínicos adaptem a descrição do perfil do transtorno da personalidade de cada indivíduo, considerando todos os cinco domínios amplos da variação dos traços de personalidade e lançando mão das características descritivas desses domínios quando necessário para caracterizar o indivíduo.

Especificadores. As características de personalidade específicas dos indivíduos são sempre registradas levando-se em conta a avaliação do Critério B; assim, a combinação das características de personalidade de um indivíduo constitui diretamente os especificadores em cada caso. Por exemplo, dois indivíduos que são caracterizados por labilidade emocional, hostilidade e tendência à depressão podem diferir a tal ponto que o primeiro seja caracterizado adicionalmente por insensibilidade, enquanto o segundo não.

Algoritmos para Classificação do Transtorno da Personalidade

A exigência do preenchimento de dois dos quatros Critérios A para cada um dos seis transtornos da personalidade foi baseada na maximização da relação desses critérios com seu transtorno

da personalidade correspondente. Os limiares diagnósticos para os Critérios B também foram definidos empiricamente, para minimizar a mudança na prevalência dos transtornos do DSM-IV e a sobreposição com outros transtornos da personalidade e para maximizar as relações com o prejuízo funcional. Os conjuntos de critérios diagnósticos resultantes representam transtornos da personalidade clinicamente úteis com alta fidedignidade, em termos dos principais prejuízos no funcionamento da personalidade de graus variados de gravidade e agrupamentos de traços de personalidade patológicos.

Diagnóstico de Transtorno da Personalidade

Os indivíduos que apresentam um padrão de prejuízo no funcionamento da personalidade e traços mal-adaptativos que correspondem a um dos seis transtornos da personalidade definidos devem ser diagnosticados com aquele transtorno da personalidade. Se um indivíduo também apresenta um ou até mesmo vários traços proeminentes que podem ter relevância clínica além daqueles requeridos para o diagnóstico (p. ex., ver o transtorno da personalidade narcisista), existe a opção de que estes sejam anotados como especificadores. Indivíduos cujo funcionamento da personalidade ou cujo padrão de traços é substancialmente diferente do de qualquer um dos seis transtornos da personalidade específicos devem ser diagnosticados com TP-ET. O indivíduo pode não satisfazer o número requerido de Critérios A e B e, assim, ter uma apresentação de sublimiar de um transtorno da personalidade; pode ter uma mistura de características de tipos de transtorno da personalidade ou alguns aspectos que são menos característicos de um tipo e mais precisamente considerados uma apresentação mista ou atípica. O nível específico de prejuízo no funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos que caracterizam a personalidade do indivíduo podem ser especificados por TP-ET, utilizando-se a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (Tabela 2) e a taxonomia do traço patológico (Tabela 3). Os diagnósticos atuais de transtornos da personalidade paranoide, esquizoide, histriônica e dependente também são representados pelo diagnóstico de TP-ET; são definidos pelo prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade e podem ser especificados pelas combinações de traços de personalidade patológicos relevantes.

Nível de Funcionamento da Personalidade

Assim como a maioria das tendências humanas, o funcionamento da personalidade está distribuído em um *continuum*. Essenciais para o funcionamento e a adaptação são as maneiras características dos indivíduos de pensar sobre e compreender a si mesmos e suas interações com os outros. Um indivíduo com funcionamento ótimo tem um mundo psicológico complexo, plenamente elaborado e bem integrado que inclui um autoconceito predominantemente positivo, volitivo e adaptativo; uma vida emocional rica, ampla e apropriadamente regulada; e a capacidade de se comportar como um membro produtivo da sociedade com relações interpessoais recíprocas e satisfatórias. No extremo oposto do *continuum*, um indivíduo com patologia da personalidade grave tem um mundo psicológico empobrecido, desorganizado e/ou conflituado que inclui um autoconceito fraco, obscuro e mal-adaptativo; propensão a emoções negativas e desreguladas; e capacidade deficiente para o funcionamento interpessoal e comportamento social adaptativo.

Definição Dimensional do Funcionamento *Individual* (Self) e *Interpessoal*

A gravidade generalizada pode ser o preditor isolado mais importante da disfunção atual e prospectiva na avaliação da psicopatologia da personalidade. Os transtornos da personalidade são idealmente caracterizados por um *continuum* de gravidade generalizada da personalidade com especificação adicional de elementos de estilo, derivados dos agrupamentos de sintomas do trans-

torno da personalidade e dos traços de personalidade. Ao mesmo tempo, a essência da psicopatologia da personalidade é o prejuízo nas ideias e nos sentimentos referentes ao próprio indivíduo e às relações interpessoais; essa noção é consistente com múltiplas teorias de transtorno da personalidade e suas bases de pesquisa. Os componentes da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade – identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade (ver a Tabela 1) – são particularmente centrais na descrição de um *continuum* de funcionamento da personalidade.

As representações mentais de si mesmo e das relações interpessoais são influenciadas reciprocamente e são inextricavelmente ligadas, afetam a natureza da interação com os profissionais de saúde mental e podem ter um impacto significativo na eficácia e nos resultados do tratamento, demonstrando a importância da avaliação do autoconceito característico de um indivíduo, bem como as visões de outras pessoas e relações. Embora o grau de perturbação no funcionamento individual e interpessoal esteja distribuído em um *continuum*, é útil levar em consideração o nível de prejuízo para a caracterização clínica e para o planejamento do tratamento e prognóstico.

Classificação do Nível de Funcionamento da Personalidade

Para usar a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP), o clínico escolhe o nível que melhor captura o grau de prejuízo *geral atual* do indivíduo no funcionamento da personalidade. A classificação é necessária para o diagnóstico de um transtorno da personalidade (prejuízo moderado ou grave) e pode ser usada para especificar a gravidade do prejuízo presente para um indivíduo com algum transtorno da personalidade em um determinado momento. A ENFP também pode ser utilizada como um indicador global de funcionamento da personalidade sem especificação de um diagnóstico de transtorno da personalidade ou em uma situação em que o prejuízo na personalidade seja sublimiar para o diagnóstico de um transtorno.

Traços de Personalidade

Definição e Descrição

O Critério B no modelo alternativo envolve avaliações de traços de personalidade que estão agrupados em cinco domínios. Um *traço de personalidade* é uma tendência de sentir, perceber, comportar-se e pensar de formas relativamente consistentes ao longo do tempo e nas situações em que o traço pode se manifestar. Por exemplo, indivíduos com um alto nível do traço de personalidade de *ansiedade* teriam tendência a *sentirem-se* ansiosos facilmente, inclusive nas circunstâncias em que a maioria das pessoas estaria calma e relaxada. Indivíduos com altos traços de ansiedade também *perceberiam* as situações como provocadoras de ansiedade mais frequentemente do que aqueles com níveis mais baixos do traço, e aqueles com o traço alto tenderiam a se *comportar* de modo a evitar situações que *pensam* que os deixariam ansiosos. Eles tenderiam, portanto, a *pensar* o mundo como mais provocador de ansiedade do que as outras pessoas.

É importante ressaltar que indivíduos com nível alto no traço de ansiedade não seriam necessariamente ansiosos todo o tempo e em todas as situações. Os níveis de traços das pessoas também podem mudar e realmente mudam durante a vida. Algumas mudanças são muito gerais e refletem a maturação (p. ex., adolescentes geralmente têm traço mais alto de impulsividade do que adultos mais velhos), enquanto outras refletem as experiências de vida dos indivíduos.

Dimensionalidade dos traços de personalidade. Todos os indivíduos podem ser localizados no espectro das dimensões dos traços; ou seja, os traços de personalidade aplicam-se a todos em diferentes graus em vez de estarem presentes ou ausentes. Além disso, os traços de personalidade, incluindo aqueles identificados especificamente no modelo da Seção III, existem em um espectro com dois polos opostos. Por exemplo, o oposto do traço de *insensibilidade* é a tendência a ser empático e bondoso, mesmo em circunstâncias em que a maioria das pessoas não se sentiria assim. Desse modo, embora na Seção III esse traço seja rotulado como *insensibilidade*, pois esse polo da dimensão é o foco primário, ele poderia ser descrito de forma integral como *insensibilidade* versus *bondade*. Além do mais, seu polo oposto pode ser reconhecido e pode não ser adaptativo

em todas as circunstâncias (p. ex., indivíduos que, devido à bondade extrema, repetidamente permitem que pessoas inescrupulosas se aproveitem deles).

Estrutura hierárquica da personalidade. Alguns termos relativos aos traços são bem específicos (p. ex., "loquaz") e descrevem uma variedade limitada de comportamentos, enquanto outros são bastante amplos (p. ex., Distanciamento) e caracterizam uma ampla faixa de tendências de comportamento. As dimensões amplas de traços são chamadas de *domínios*, e as dimensões específicas de traços são chamadas de *facetas*. Os *domínios* dos traços de personalidade abrangem um espectro de *facetas* de personalidade mais específicas que tendem a ocorrer em conjunto. Por exemplo, retraimento e anedonia são *facetas* de traços específicas no *domínio* do traço de Distanciamento. Apesar de alguma variação transcultural nas facetas dos traços de personalidade, os domínios amplos que eles compreendem de forma coletiva são relativamente consistentes entre as culturas.

O Modelo de Traço de Personalidade

O sistema de traços de personalidade da Seção III inclui cinco domínios amplos de variação dos traços de personalidade – Afetividade Negativa (vs. Estabilidade Emocional), Distanciamento (vs. Extroversão), Antagonismo (vs. Afabilidade), Desinibição (vs. Meticulosidade) e Psicoticismo (vs. Lucidez) – compreendendo 25 facetas de traços de personalidade específicas. A Tabela 3 oferece definições de todos os domínios e facetas da personalidade. Esses cinco domínios amplos são variantes mal-adaptativas dos cinco domínios do modelo de personalidade amplamente validado e replicado conhecido como "Big Five", ou Modelo de Cinco Fatores da personalidade (MCF), e também são semelhantes aos domínios da Patologia da Personalidade Cinco (PSY-5). As 25 facetas específicas representam uma lista de facetas da personalidade escolhidas por sua relevância clínica.

Embora o Modelo de Traço foque nos traços de personalidade associados à psicopatologia, existem traços de personalidade saudáveis, adaptativos e resilientes identificados como polos opostos desses traços, conforme observado nos parênteses anteriores (i.e., Estabilidade Emocional, Extroversão, Afabilidade, Meticulosidade e Lucidez). Sua presença pode mitigar grandemente os efeitos dos transtornos mentais e facilitar o enfrentamento e a recuperação de lesões traumáticas e outras doenças médica.

Distinguindo Traços, Sintomas e Comportamentos Específicos

Embora os traços não sejam imutáveis e se alterem durante a vida, eles apresentam relativa consistência em comparação com sintomas e comportamentos específicos. Por exemplo, uma pessoa pode comportar-se impulsivamente em um momento específico por uma razão específica (p. ex., uma pessoa que raramente é impulsiva decide de forma repentina gastar uma grande quantidade de dinheiro em um item particular devido a uma oportunidade incomum de comprar algo de valor único), mas somente quando os comportamentos se agregam com o tempo e com as circunstâncias, de forma tal que um padrão de comportamento distingue-se entre os indivíduos, é que eles refletem traços. No entanto, é importante reconhecer, por exemplo, que mesmo pessoas que são impulsivas não estão agindo impulsivamente o tempo todo. Um traço é uma tendência ou disposição em relação a comportamentos específicos; um comportamento específico é um exemplo ou manifestação de um traço.

De forma semelhante, os traços são distinguidos da maioria dos sintomas porque os sintomas tendem a surgir e desaparecer, enquanto os traços são relativamente mais estáveis. Por exemplo, os indivíduos com níveis mais elevados de *tendência à depressão* têm probabilidade maior de experimentar episódios distintos de um transtorno depressivo e de apresentar sintomas desses transtornos, como dificuldade de concentração. No entanto, mesmo os pacientes que têm propensão de traço para a *tendência à depressão* costumam flutuar entre episódios distinguíveis de perturbação do humor, e sintomas específicos, como a dificuldade de concentração, tendem a surgir e desaparecer em conjunto com os episódios específicos; portanto, eles não fazem parte da definição do traço. É importante observar, contudo, que tanto sintomas quanto traços são acessíveis à intervenção, e muitas intervenções voltadas para os sintomas podem afetar os padrões de mais longo prazo do funcionamento da personalidade que são capturados pelos traços de personalidade.

Avaliação do Modelo de Traço de Personalidade da Seção III do DSM-5

A utilidade clínica do modelo multidimensional de traço de personalidade da Seção III reside em sua capacidade de focar a atenção em múltiplas áreas relevantes de variação da personalidade em cada paciente. Em vez de focar a atenção na identificação de somente um rótulo diagnóstico ótimo, a aplicação clínica do modelo de traço de personalidade da Seção III envolve a revisão de todos os cinco domínios amplos da personalidade retratados na Tabela 3. A abordagem clínica da personalidade é semelhante à bem conhecida revisão de sistemas na medicina clínica. Por exemplo, a queixa apresentada por um indivíduo pode focar em um sintoma neurológico específico, mas, durante uma avaliação inicial, os clínicos ainda revisam sistematicamente o funcionamento de todos os sistemas relevantes (p. ex., cardiovascular, respiratório, gastrintestinal), para que não seja perdida uma área importante que não esteja funcionando adequadamente e também para que não se perca a correspondente oportunidade para intervenção efetiva.

O uso clínico do modelo de traço de personalidade da Seção III ocorre da mesma forma. Uma investigação inicial examina todos os cinco domínios amplos da personalidade. Essa revisão sistemática é facilitada pelo uso de instrumentos psicométricos formais concebidos para medir facetas e domínios específicos da personalidade. Por exemplo, o modelo de traço de personalidade é operacionalizado no Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5), o qual pode ser preenchido na sua forma de autorrelato pelos pacientes e na sua forma de relato do informante por aqueles que conhecem bem o paciente (p. ex., o cônjuge). Uma avaliação clínica detalhada envolveria a coleta de dados dos relatos do paciente e do informante em todas as 25 facetas do modelo de traço de personalidade. Entretanto, se isso não for possível, devido ao tempo ou a outras restrições, a avaliação focada no nível dos cinco domínios é uma opção clínica aceitável quando é necessário apenas um retrato geral (vs. detalhado) da personalidade de um paciente (ver o Critério B do TP-ET). No entanto, se os problemas baseados na personalidade são o foco do tratamento, então será importante avaliar as facetas dos traços dos indivíduos, bem como os domínios.

Como os traços de personalidade estão distribuídos em um *continuum* na população, uma abordagem para fazer o julgamento de que um traço específico está elevado (e, portanto, está presente para fins diagnósticos) pode envolver a comparação dos níveis dos traços de personalidade dos indivíduos com os padrões da população e/ou julgamento clínico. Se um traço está elevado – isto é, os dados formais do teste psicométrico e/ou entrevista apoiam o julgamento clínico da elevação –, ele é considerado como contribuindo para satisfazer o Critério B dos transtornos da personalidade da Seção III.

Utilidade Clínica do Modelo Multidimensional do Funcionamento e Traços de Personalidade

Os construtos de transtorno e de traço agregam valor um ao outro na predição de importantes variáveis antecedentes (p. ex., história familiar, história de abuso infantil), concomitantes (p. ex., prejuízo funcional, uso de medicação) e preditivas (p. ex., hospitalização, tentativas de suicídio). Os prejuízos no funcionamento da personalidade e os traços de personalidade patológicos no DSM-5 contribuem de maneira independente para as decisões clínicas quanto ao grau de incapacidade; aos riscos de autoagressão, violência e criminalidade; ao tipo e à intensidade do tratamento recomendado; e ao prognóstico – todos aspectos importantes da utilidade dos diagnósticos psiquiátricos. Particularmente, saber o nível de funcionamento da personalidade de um indivíduo e seu perfil de traços patológicos também fornece ao clínico uma base rica de informações e agrega valor ao planejamento do tratamento e à predição do curso e da evolução de muitos transtornos mentais além dos transtornos da personalidade. Assim, a avaliação do funcionamento da personalidade e dos traços de personalidade patológicos pode ser relevante, tenha o indivíduo um transtorno da personalidade ou não.

TABELA 2 Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade

	SI MESMO *(SELF)*		INTERPESSOAL	
Nível de prejuízo	**Identidade**	**Autodirecionamento**	**Empatia**	**Intimidade**
0 – Pouco ou nenhum prejuízo	Tem consciência contínua de um *self* único; mantém fronteiras apropriadas ao papel. Tem autoestima positiva consistente e autorregulada, com autoapreciação precisa. É capaz de experimentar, tolerar e regular toda uma gama de emoções.	Define e aspira a objetivos razoáveis baseados em uma avaliação realista das capacidades pessoais. Utiliza padrões de comportamento apropriados, alcançando satisfação em múltiplas esferas. Consegue refletir sobre e dar um significado construtivo à experiência interna.	É capaz de entender corretamente as experiências e motivações das outras pessoas na maioria das situações. Compreende e leva em consideração as perspectivas das outras pessoas, mesmo que discorde. Está consciente do efeito das próprias ações sobre os outros.	Mantém múltiplos relacionamentos satisfatórios e duradouros na vida pessoal e comunitária. Deseja e envolve-se em inúmeros relacionamentos afetivos, íntimos e recíprocos. Esforça-se pela cooperação e benefícios mútuos e responde com flexibilidade a uma variedade de ideias, emoções e comportamentos das outras pessoas.
1 – Algum prejuízo	Tem percepção de si mesmo relativamente intacta, com algum decréscimo na clareza das fronteiras quando são experimentadas fortes emoções e sofrimento mental. Autoestima diminuída ocasionalmente, com autoapreciação excessivamente crítica ou um tanto distorcida. Emoções fortes podem ser angustiantes, associadas a restrição na variação da experiência emocional.	É excessivamente direcionado para os objetivos, um pouco inibido quanto aos objetivos ou conflituado quanto aos objetivos. Pode ter um conjunto de padrões pessoais irrealistas ou socialmente inapropriados, limitando alguns aspectos da satisfação. É capaz de refletir sobre experiências internas, mas pode enfatizar excessivamente um único tipo de autoconhecimento (p. ex., intelectual, emocional).	Apresenta certo comprometimento da capacidade de levar em consideração e compreender as experiências das outras pessoas; pode tender a ver os outros como tendo expectativas irracionais ou um desejo de controle. Embora capaz de considerar e compreender diferentes perspectivas, resiste em fazer isso. Tem consciência inconsistente do efeito do próprio comportamento nos outros.	É capaz de estabelecer relacionamentos duradouros na vida pessoal e comunitária, com algumas limitações no grau de profundidade e satisfação. É capaz de formar e deseja formar relacionamentos íntimos e recíprocos, mas pode ser inibido na expressão significativa e por vezes restrito se surgem emoções intensas ou conflitos. A cooperação pode ser inibida por padrões irrealistas; um pouco limitado na capacidade de respeitar ou responder às ideias, às emoções e aos comportamentos das outras pessoas.

TABELA 2 Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (*Continuação*)

	SI MESMO *(SELF)*		INTERPESSOAL	
Nível de prejuízo	**Identidade**	**Autodirecionamento**	**Empatia**	**Intimidade**
2 – Prejuízo moderado	Depende exclusivamente dos outros para definição da identidade, com delineamento comprometido das fronteiras. Tem autoestima vulnerável controlada por preocupação exagerada com a avaliação externa, com um desejo de aprovação. Tem um sentimento de imperfeição ou inferioridade, com autoapreciação compensatória inflada ou esvaziada. Regulação emocional depende da avaliação externa positiva. Ameaças à autoestima podem gerar emoções fortes como raiva ou vergonha.	Os objetivos são mais frequentemente um meio de obter aprovação externa do que autogerada e, assim, podem carecer de coerência e/ou estabilidade. Os padrões pessoais podem ser irracionalmente altos (p. ex., necessidade de ser especial ou agradar aos outros) ou baixos (p. ex. não consoante com os valores sociais predominantes). A satisfação está comprometida por um sentimento de falta de autenticidade. Apresenta capacidade prejudicada de refletir sobre a experiência interna.	É hiperatento à experiência dos outros, mas somente no que diz respeito à relevância percebida para si mesmo. É excessivamente autorreferente; significativamente comprometido na capacidade de levar em consideração e compreender as experiências das outras pessoas e de considerar perspectivas alternativas. Em geral não tem consciência ou não está preocupado com o efeito do próprio comportamento nos outros ou faz uma avaliação irrealista do próprio efeito.	É capaz de formar e deseja formar relacionamentos na vida pessoal e comunitária, mas os vínculos podem ser em boa parte superficiais. Os relacionamentos íntimos estão predominantemente baseados na satisfação das necessidades autorregulatórias e da autoestima, com uma expectativa irrealista de ser perfeitamente compreendido pelos outros. Tende a não encarar as relações em termos recíprocos e coopera predominantemente para ganho pessoal.

TABELA 2 Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (*Continuação*)

	SI MESMO *(SELF)*		INTERPESSOAL	
Nível de prejuízo	**Identidade**	**Autodirecionamento**	**Empatia**	**Intimidade**
3 – Prejuízo grave	Apresenta um senso fraco de autonomia/domínio das próprias ações; experiência de falta de identidade ou vazio. A definição das fronteiras é pobre ou rígida: pode apresentar superidentificação com os outros, ênfase excessiva na independência dos outros ou oscilação entre estes. A autoestima frágil é facilmente influenciada pelos acontecimentos, e a autoimagem carece de coerência. A autoapreciação não apresenta nuanças: autoaversão, autoengrandecimento ou uma combinação ilógica e irrealista. As emoções podem ser rapidamente alteradas ou ser representadas por um sentimento crônico e inabalável de desesperança.	Tem dificuldade em estabelecer e/ou atingir objetivos pessoais. Padrões internos para comportamento são obscuros ou contraditórios. A vida é experimentada como sem significado ou perigosa. Tem capacidade significativamente comprometida de refletir sobre e compreender os próprios processos mentais.	A capacidade de considerar e compreender os pensamentos, sentimentos e comportamentos das outras pessoas é significativamente limitada; pode discernir aspectos muito específicos da experiência dos outros, particularmente vulnerabilidades e sofrimento. É, em geral, incapaz de considerar perspectivas alternativas; altamente ameaçado por diferenças de opiniões ou pontos de vista alternativos. É confuso sobre ou não tem consciência do impacto das próprias ações sobre os outros; frequentemente desconcertado pelos pensamentos e ações dos outros, com motivações destrutivas com frequência atribuídas erroneamente a outras pessoas.	Tem algum desejo de formar relacionamentos na comunidade, e a vida pessoal está presente, mas a capacidade para vínculos positivos e duradouros está significativamente prejudicada. As relações estão baseadas em uma forte crença na necessidade absoluta de intimidade com outro(s) e/ou expectativas de abandono ou abuso. Sentimentos quanto ao envolvimento íntimo com outros alternam entre medo/rejeição e o desejo desesperado de conexão. Pouca reciprocidade: os outros são vistos primariamente em termos de como eles afetam o indivíduo (negativa ou positivamente); os esforços cooperativos são frequentemente perturbados devido à percepção de desprezo por parte dos outros.

TABELA 2 Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (*Continuação*)

	SI MESMO *(SELF)*		INTERPESSOAL	
Nível de prejuízo	**Identidade**	**Autodirecionamento**	**Empatia**	**Intimidade**
4 – Prejuízo extremo	Experiência de si mesmo como único e senso de autonomia/domínio das próprias ações estão praticamente ausentes ou organizados em torno da percepção de perseguição externa. As fronteiras com os outros são confusas ou ausentes. Apresenta autoimagem fraca ou distorcida facilmente ameaçada pelas interações com os outros; distorções significativas e confusão em torno da autoapreciação. Emoções não congruentes com o contexto ou a experiência interna. Ódio e agressão podem ser os afetos dominantes, embora possam ser rejeitados e atribuídos aos outros.	Apresenta diferenciação pobre entre pensamentos e ações, portanto a capacidade de definição dos objetivos está gravemente comprometida, com objetivos irrealistas e incoerentes. Os padrões internos para o comportamento estão praticamente ausentes. A satisfação genuína é praticamente inconcebível. É profundamente incapaz de refletir construtivamente sobre a própria experiência. As motivações pessoais podem não ser reconhecidas e/ou são experimentadas como externas a si mesmo.	Tem incapacidade acentuada de considerar e compreender a experiência e a motivação dos outros. A atenção às perspectivas dos outros está praticamente ausente (a atenção é hipervigilante, focada na satisfação da necessidade e na evitação do dano). As interações sociais podem ser confusas e desorientadas.	O desejo de associar-se está limitado devido ao profundo desinteresse ou à expectativa de ser prejudicado. O envolvimento com os outros é distanciado, desorganizado ou consistentemente negativo. As relações são vistas quase exclusivamente em termos da sua capacidade de proporcionar conforto ou infligir dor e sofrimento. O comportamento social/interpessoal não é recíproco; em vez disso, busca a satisfação das necessidades básicas ou escapar da dor.

TABELA 3 Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
AFETIVIDADE NEGATIVA (vs. Estabilidade Emocional)	Frequentes e intensas experiências de altos níveis de uma ampla variedade de emoções negativas (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência).
Labilidade emocional	Instabilidade das experiências emocionais e do humor; as emoções são despertadas facilmente, são intensas e/ou desproporcionais em relação aos fatos e às circunstâncias.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente sobre os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades negativas futuras; sente-se temeroso e apreensivo quanto a incertezas; expectativa de que o pior aconteça.
Insegurança de separação	Medo de ficar sozinho devido a rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, com base em uma falta de confiança na própria capacidade de cuidar de si mesmo, tanto física quanto emocionalmente.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses reais ou percebidos e desejos dos outros, mesmo quando fazer isso contraria os próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento maldoso, grosseiro ou vingativo. *Ver também* Antagonismo.
Perseverança	Persistência nas tarefas ou em uma forma particular de fazer as coisas muito depois que o comportamento cessou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos fracassos ou de claras razões para interrompê-lo.
Tendência à depressão	*Ver* Distanciamento.
Desconfiança	*Ver* Distanciamento.
Afetividade restrita (ausência de)	A ***ausência*** dessa faceta caracteriza ***baixos níveis*** de Afetividade Negativa. *Ver* Distanciamento para definição dessa faceta.
DISTANCIAMENTO (vs. Extroversão)	Evitação da experiência socioemocional, incluindo retraimento das interações interpessoais (variando de interações casuais cotidianas até amizades e relacionamentos íntimos) e experiência e expressão afetiva restritas, capacidade de obtenção de prazer particularmente limitada.
Retraimento	Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de iniciativa no contato social.
Evitação da intimidade	Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relacionamentos sexuais íntimos.
Anedonia	Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências de vida; déficits na capacidade de sentir prazer e ter interesse nas coisas.
Tendência à depressão	Sentimentos de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de se recuperar desses humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha e/ou culpa difusas; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.

TABELA 3 Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5 (*Continuação*)

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
Afetividade restrita	Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocionais restritas; indiferença e distanciamento em situações normalmente atraentes.
Desconfiança	Expectativas de – e sensibilidade a – sinais de más intenções ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado e/ou perseguido pelos outros.
ANTAGONISMO (vs. Afabilidade)	Comportamentos que colocam o indivíduo em divergência com outras pessoas, incluindo um sentimento exagerado da própria importância e concomitante expectativa de tratamento especial, bem como antipatia insensível em relação aos outros, incluindo falta de consciência das necessidades e sentimentos das outras pessoas e disposição para usá-las a serviço do autocrescimento.
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, loquacidade ou comportamento insinuante para atingir seus fins.
Desonestidade	Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de acontecimentos.
Grandiosidade	Acreditar que é superior aos outros e merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de ter direitos; condescendência em relação aos outros.
Busca de atenção	Envolvimento em comportamento concebido para atrair a atenção e tornar-se o foco da atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Ausência de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros.
Hostilidade	*Ver* Afetividade Negativa.
DESINIBIÇÃO (vs. Meticulosidade)	Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo motivado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou as consequências futuras.
Irresponsabilidade	Negligência com – ou falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações ou compromissos; falta de respeito por – e falta de cumprimento de – combinações e promessas; negligência com a propriedade dos outros.
Impulsividade	Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir momentaneamente sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade no estabelecimento e seguimento de planos; senso de urgência e comportamento de autoagressão sob angústia emocional.
Distratibilidade	Dificuldade de concentração e de foco nas tarefas; a atenção é facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade na manutenção de comportamento focado nos objetivos, incluindo o planejamento e a conclusão das tarefas.
Exposição a riscos	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais, desnecessariamente e sem consideração quanto às consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade de perigo pessoal; busca irresponsável dos objetivos, independentemente do nível de risco envolvido.

TABELA 3 Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5 (*Continuação*)

DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
Perfeccionismo rígido (ausência de)	Insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o próprio desempenho e o dos outros; sacrifício de oportunidades para assegurar a correção em todos os detalhes; crença de que existe apenas uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade de mudar de ideia e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A ***ausência*** dessa faceta caracteriza ***baixos níveis*** de Desinibição.
PSICOTICISMO (vs. Lucidez)	Exibe uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo processo (p. ex., percepção, dissociação) e conteúdo (p. ex., crenças).
Crenças e experiências incomuns	Crença de ter habilidades incomuns, tais como leitura da mente, telecinesia, fusão de pensamento-ação, experiências incomuns de realidade, incluindo experiências semelhantes a alucinação.
Excentricidade	Comportamento, aparência e/ou discurso estranho, incomum ou bizarro; ter pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
Desregulação cognitiva e perceptiva	Processos de pensamento e experiências estranhos ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências em um estado misto de sono-vigília; experiências de controle do pensamento.

Página propositalmente deixada em branco

Condições para Estudos Posteriores

Neste capítulo são apresentados conjuntos de critérios propostos para condições para as quais são encorajadas pesquisas futuras. Os itens específicos, os limiares e as durações contidos nesses conjuntos de critérios de pesquisa foram definidos por consenso de especialistas – informados por revisão da literatura, reanálise de dados e resultados dos ensaios de campo *(field trials)*, quando disponíveis – e se propõem a oferecer uma linguagem comum para pesquisadores e clínicos interessados em estudar tais transtornos. Espera-se que essas pesquisas permitam que os profissionais da área compreendam melhor essas condições e instrumentem as decisões quanto à possível inclusão nas próximas edições do DSM. A Força-tarefa e os Grupos de Trabalho do DSM-5 submeteram cada um desses critérios propostos a uma cuidadosa revisão empírica e incentivaram amplos comentários dos que atuam na área, bem como do público em geral. A Força-tarefa determinou que havia evidências insuficientes para garantir a inclusão dessas propostas como diagnósticos oficiais de transtornos mentais na Seção II. ***Esses conjuntos de critérios propostos não se destinam ao uso clínico; somente os conjuntos de critérios e transtornos na Seção II do DSM-5 são reconhecidos oficialmente e podem ser utilizados para fins clínicos.***

Síndrome de Psicose Atenuada

Critérios Propostos

A. Ao menos um dos seguintes sintomas está presente na forma atenuada, com teste de realidade relativamente intacto, e é de gravidade ou frequência suficiente para indicar atenção clínica:
   1. Delírios.
   2. Alucinações.
   3. Discurso desorganizado.

B. O(s) sintomas(s) deve(m) ter estado presente(s) ao menos uma vez por semana durante o último mês.

C. O(s) sintoma(s) deve(m) ter iniciado ou piorado no último ano.

D. O(s) sintoma(s) provoca(m) sofrimento e comprometimento suficientes a ponto de indicar atenção clínica ao indivíduo.

E. O(s) sintoma(s) não é(são) mais bem explicado(s) por outro transtorno mental, incluindo um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas e não é(são) atribuído(s) aos efeitos psicológicos de uma substância ou a outra condição médica.

F. Os critérios para um transtorno psicótico nunca foram satisfeitos.

Características Diagnósticas

Os sintomas psicóticos atenuados, conforme definido no Critério A, são do tipo psicose, mas abaixo do limiar para um transtorno psicótico completo. Comparados com os transtornos psicóticos, os sintomas são menos graves e mais transitórios, e o *insight* é relativamente preservado. Um diagnóstico de síndrome de psicose atenuada requer estado psicopatológico associado a comprometimento funcional em vez de traço psicopatológico de longa duração. A psicopatologia não progrediu até a gravidade psicótica completa. A síndrome de psicose atenuada é um transtorno baseado em patologia manifesta, função comprometida e sofrimento. As alterações nas experiências e no comportamento são observadas pelo indivíduo e/ou outros, sugerindo

uma alteração no estado mental (i.e., os sintomas são de gravidade ou frequência suficiente para indicar atenção clínica) (Critério A). Os delírios atenuados (Critério A1) podem ter conteúdo de desconfiança/persecutório, incluindo ideias persecutórias de referência. O indivíduo pode ter uma atitude reservada, desconfiada. Quando os delírios são de gravidade moderada, o indivíduo encara as outras pessoas como não confiáveis e pode ser hipervigilante ou sentir más intenções nos outros. Quando os delírios são graves, mas ainda dentro da variante atenuada, a pessoa tem crenças fracamente organizadas quanto a perigo ou intenções hostis, porém os delírios não têm a natureza encapsulada que é necessária para o diagnóstico de um transtorno psicótico. Comportamento reservado pode interferir na coleta de informações na entrevista. O teste de realidade e a perspectiva podem ser inferidos por evidências não confirmatórias, mas a propensão a encarar o mundo como hostil e perigoso permanece forte. Os delírios atenuados podem ter conteúdo grandioso, apresentando-se como um senso de capacidade superior irreal. Quando os delírios são moderados, o indivíduo tem crenças de ser talentoso, influente ou especial. Quando graves, tem crenças de superioridade que com frequência afastam os amigos e preocupam os parentes. Pensamentos de ser especial podem levar a planos e investimentos irrealistas, embora a dúvida quanto a essas atitudes possa ser suscitada com questionamento e confrontação persistentes.

Alucinações atenuadas (Critério A2) incluem alterações nas percepções sensoriais, em geral auditivas e/ou visuais. Quando as alucinações são moderadas, os sons e as imagens são frequentemente disformes (p. ex., sombras, rastros, halos, murmúrios, estrondos) e experimentados como incomuns ou intrigantes. Quando as alucinações são graves, essas experiências se tornam mais vívidas e frequentes (i.e., ilusões ou alucinações recorrentes que prendem a atenção e afetam o pensamento e a concentração). Essas anormalidades perceptuais podem perturbar o comportamento, mas o ceticismo quanto à sua realidade ainda pode ser induzido.

A comunicação desorganizada (Critério A3) pode se manifestar como um discurso estranho (vago, metafórico, excessivamente elaborado, estereotipado), discurso sem foco (confuso, atrapalhado, muito rápido ou muito lento, palavras erradas, contexto irrelevante, fora do contexo) ou discurso tortuoso (circunstancial, tangencial). Quando a desorganização é moderadamente grave, o indivíduo costuma entrar em tópicos irrelevantes, mas responde facilmente a perguntas de clarificação. O discurso pode ser estranho, mas compreensível. No nível moderadamente grave, o discurso torna-se tortuoso e circunstancial, e quando a desorganização é grave, o indivíduo não consegue chegar ao ponto sem orientação externa (tangencial). No nível grave, pode ocorrer bloqueio do pensamento e/ou associações frouxas infrequentemente, em especial quando o indivíduo está sob pressão, mas perguntas organizadoras trazem de volta, de forma rápida, a estrutura e a organização da conversa.

O indivíduo percebe que estão ocorrendo alterações no estado mental e/ou nos relacionamentos. Ele mantém um *insight* razoável quanto às experiências do tipo psicótico e em geral avalia que as percepções alteradas não são reais e que a ideação mágica não predomina. O indivíduo deve experimentar sofrimento e/ou desempenho comprometido no funcionamento social ou no desempenho de papéis (Critério D) e ele mesmo ou outras pessoas responsáveis devem notar as alterações e expressar preocupação, a ponto de ser buscado atendimento clínico (Critério A).

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O indivíduo pode experimentar pensamento mágico, aberrações perceptuais, dificuldade de concentração, alguma desorganização no pensamento ou no comportamento, desconfiança excessiva, ansiedade, retraimento social e perturbação do sono-vigília. Frequentemente, são observados prejuízo na função cognitiva e sintomas negativos. Variáveis de neuroimagem distinguem coortes de pacientes com síndrome de psicose atenuada de coortes com controles normais, com padrões similares, porém menos graves aos observados na esquizofrenia. Entretanto, os dados de neuroimagem não são diagnósticos no nível individual.

Prevalência

A prevalência da síndrome de psicose atenuada é desconhecida. Os sintomas do Critério A não são incomuns na população que não busca ajuda, variando de 8 a 13% para experiências aluci-

natórias e pensamento delirante. Parece haver uma pequena preponderância masculina para a síndrome de psicose atenuada.

Desenvolvimento e Curso

O início da síndrome de psicose atenuada é geralmente da metade para o fim da adolescência ou início da idade adulta. Ela pode ser precedida por um desenvolvimento normal ou por evidências de cognição comprometida, sintomas negativos e/ou desenvolvimento social comprometido. Em coortes que buscam ajuda, 18% em um ano e 32% em três anos podem progredir em termos de sintomas e preencher os critérios para um transtorno psicótico. Em alguns casos, a síndrome pode se transformar em um transtorno depressivo ou bipolar com sintomas psicóticos, mas o desenvolvimento de um transtorno do espectro da esquizofrenia é mais frequente. Parece que o diagnóstico é mais bem aplicado a indivíduos entre 15 e 35 anos. O curso de longo prazo ainda não foi descrito para além dos 7 a 12 anos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os fatores que predizem o prognóstico da síndrome de psicose atenuada não foram caracterizados de forma definitiva, porém a presença de sintomas negativos, comprometimento cognitivo e funcionamento pobre está associada a piores resultados e aumenta o risco de progressão para psicose.

Genéticos e fisiológicos. História familiar de psicose coloca o indivíduo com síndrome de psicose atenuada em risco aumentado para o desenvolvimento de um transtorno psicótico completo. Dados de imagem estrutural, funcional e neuroquímica estão associados ao risco aumentado de progressão para psicose.

Consequências Funcionais da Síndrome de Psicose Atenuada

Muitos indivíduos podem experimentar comprometimentos funcionais. O comprometimento modesto a moderado no funcionamento social e no desempenho de papéis pode persistir mesmo com a redução dos sintomas. Uma porção substancial das pessoas com o diagnóstico irá melhorar ao longo do tempo; muitos continuam a ter sintomas leves e comprometimentos, e muitos outros terão recuperação completa.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno psicótico breve. Quando os sintomas da síndrome de psicose atenuada se manifestam inicialmente, podem lembrar os sintomas do transtorno psicótico breve. No entanto, na síndrome de psicose atenuada, os sintomas não cruzam o limiar da psicose, e o teste de realidade/*insight* permanece intacto.

Transtorno da personalidade esquizotípica. O transtorno da personalidade esquizotípica, embora tenha características sintomáticas que são semelhantes às da síndrome de psicose atenuada, é um transtorno com traços relativamente estáveis que não satisfazem os aspectos estado-dependentes (Critério C) da síndrome de psicose atenuada. Além disso, é preciso uma gama mais ampla de sintomas para o transtorno da personalidade esquizotípica, embora nos estágios iniciais de apresentação ele possa se parecer com a síndrome de psicose atenuada.

Transtorno depressivo ou bipolar. As distorções da realidade que estão temporariamente limitadas a um episódio de um transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar e são descritivamente mais características daqueles transtornos não preenchem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, sentimento de baixa autoestima ou atribuições de pouca consideração pelos outros no contexto de um transtorno depressivo maior não se qualificam para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Transtornos de ansiedade. As distorções da realidade que estão temporariamente limitadas a um episódio de um transtorno de ansiedade e são descritivamente mais características de um transtorno de ansiedade não preenchem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, um sentimento de ser o foco de atenção não desejada no contexto do transtorno de ansiedade social não se qualificaria para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Transtorno bipolar tipo II. As distorções da realidade que estão temporariamente limitadas a um episódio de mania ou hipomania e são descritivamente mais características do transtorno bipolar não preenchem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, autoestima inflada no contexto de pressão na fala e diminuição na necessidade do sono não se qualificariam para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Transtorno da personalidade *borderline*. As distorções da realidade que são concomitantes com o transtorno da personalidade *borderline* e são descritivamente mais características dele não preenchem o Critério E para síndrome de psicose atenuada. Por exemplo, uma sensação de ser incapaz de experimentar sentimentos no contexto de um medo intenso de abandono real ou imaginado e automutilação recorrente não se qualificariam para síndrome de psicose atenuada comórbida.

Reação de adaptação da adolescência. Os sintomas transitórios leves típicos do desenvolvimento normal e consistentes com o grau de estresse experimentado não se qualificam para síndrome de psicose atenuada.

Ponto extremo de aberração perceptual e pensamento mágico na população não doente. Esta possibilidade diagnóstica deve ser fortemente considerada quando as distorções da realidade não estão associadas a sofrimento e comprometimento funcional e à necessidade de atendimento.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. O uso de substância é comum entre indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para síndrome de psicose atenuada. No entanto, quando os sintomas típicos de uma síndrome de psicose atenuada estão presentes mas estão temporalmente relacionados com episódios de uso de substância, o Critério E para essa síndrome pode não ser preenchido, e um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode ser preferido.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. História de comprometimento da atenção não exclui um diagnóstico atual de síndrome de psicose atenuada. O prejuízo prévio da atenção pode ser uma condição prodrômica ou um transtorno de déficit de atenção/hiperatividade comórbido.

Comorbidade

Indivíduos com síndrome de psicose atenuada com frequência experimentam ansiedade e/ou depressão. Alguns irão progredir para outro diagnóstico, incluindo transtornos de ansiedade, depressivo, bipolar e da personalidade. Em tais casos, a psicopatologia associada ao diagnóstico de síndrome de psicose atenuada é reconceitualizada como a fase prodrômica de outro transtorno, não como uma condição comórbida.

Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração

Critérios Propostos

Experiência ao longo da vida de ao menos um episódio depressivo maior que preenche os seguintes critérios:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. (**Nota:** Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.)

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
D. A perturbação não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo e não está sobreposta a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

Ao menos dois episódios ao longo da vida de períodos hipomaníacos que envolvem os critérios de sintomas requeridos adiante, mas que são de duração insuficiente (ao menos dois dias, porém menos do que quatro dias consecutivos) para satisfazer os critérios para um episódio hipomaníaco. Os critérios de sintomas são os seguintes:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia direcionada a objetivos persistentemente aumentada.
B. Durante o período de perturbação do humor e de energia e atividade aumentadas, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável), representam uma alteração perceptível do comportamento habitual e estiveram presentes em um grau significativo:
   1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
   2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).
   3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
   4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
   5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
   6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja sociais, no trabalho ou na escola, seja sexuais) ou agitação psicomotora.
   7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento que não é característico do indivíduo quando assintomático.
D. A alteração no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.
E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento).

Características Diagnósticas

Os indivíduos com hipomania de curta duração experimentaram ao menos um transtorno depressivo maior, assim como ao menos dois episódios com duração de 2 a 3 dias em que foram preenchidos os critérios para um episódio de hipomania (exceto pela duração de sintomas). Esses episódios são de intensidade suficiente para serem classificados como um episódio hipomaníaco, mas não preenchem a duração exigida de quatro dias de duração. Sintomas estão presentes em um grau significativo, de forma que representam uma alteração perceptível em relação ao comportamento normal do indivíduo.

Um indivíduo com história de um episódio hipomaníaco sindrômico e um episódio depressivo maior, por definição, tem um transtorno bipolar tipo II, independentemente da duração atual dos sintomas hipomaníacos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Indivíduos que experimentaram tanto hipomania de curta duração quanto um episódio depressivo maior, com sua comorbidade aumentada com transtornos por uso de substâncias e história familiar maior de transtorno bipolar, assemelham-se mais àqueles com transtorno bipolar do que àqueles com transtorno depressivo maior.

Também foram encontradas diferenças entre indivíduos com hipomania de curta duração e aqueles com transtorno bipolar sindrômico. O prejuízo no trabalho foi maior para indivíduos com transtorno bipolar sindrômico, assim como o número médio de episódios estimado. Aqueles com hipomania de curta duração podem exibir menor gravidade do que os com episódios hipomaníacos sindrômicos, incluindo menor labilidade no humor.

Prevalência

A prevalência da hipomania de curta duração não é clara, uma vez que os critérios são novos e estabelecidos a partir desta edição do Manual. Usando-se critérios um pouco diferentes, no entanto, foi estimado que hipomania de curta duração ocorre em 2,8% da população (comparada com hipomania ou mania, em 5,5% da população). Hipomania de curta duração pode ser mais comum em indivíduos do sexo feminino, que podem apresentar mais características de depressão atípica.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. História familiar de mania é duas a três vezes mais comum em indivíduos com hipomania de curta duração comparados à população em geral, porém é menos da metade daquela encontrada em indivíduos com história de mania ou hipomania sindrômica.

Risco de Suicídio

Indivíduos com hipomania de curta duração apresentam taxas mais elevadas de tentativas de suicídio do que pessoas saudáveis, embora não tão altas quanto as taxas daquelas com transtorno bipolar sindrômico.

Consequências Funcionais da Hipomania de Curta Duração

Os prejuízos funcionais associados especificamente à hipomania de curta duração ainda não foram determinados de forma completa. Entretanto, pesquisas sugerem que indivíduos com esse transtorno têm menor prejuízo no trabalho do que aqueles com transtorno bipolar sindrômico, porém mais transtornos por uso de substâncias comórbidos, particularmente transtorno por uso de álcool, do que pessoas com transtorno depressivo maior.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar tipo II. O transtorno bipolar tipo II é caracterizado por um período de pelo menos quatro dias de sintomas hipomaníacos, enquanto a hipomania de curta duração é caracterizada por períodos de 2 a 3 dias de sintomas hipomaníacos. Depois que um indivíduo experimentou um episódio hipomaníaco (quatro dias ou mais), o diagnóstico passa a ser e permanece sendo o de transtorno bipolar tipo II independentemente da duração dos períodos subsequentes de sintomas hipomaníacos.

Transtorno depressivo maior. O transtorno depressivo maior também é caracterizado por pelo menos um episódio depressivo maior ao longo da vida. No entanto, a presença adicional de pelo menos dois períodos de 2 a 3 dias de sintomas hipomaníacos ao longo da vida leva a um diagnóstico de hipomania de curta duração em vez de transtorno depressivo maior.

Transtorno depressivo maior com características mistas. Tanto o transtorno depressivo maior com características mistas quanto a hipomania de curta duração são caracterizados pela presença de alguns sintomas hipomaníacos e um episódio depressivo maior. Entretanto, o transtorno depressivo maior com características mistas tem características hipomaníacas presentes *concomitantemente* com um episódio depressivo maior, enquanto indivíduos com hipomania de curta duração experimentam hipomania subsindrômica e depressão maior sindrômica completa em momentos diferentes.

Transtorno bipolar tipo I. O transtorno bipolar tipo I é diferenciado da hipomania de curta duração por ao menos um episódio maníaco ao longo da vida, que é mais longo (ao menos uma semana) e mais grave (causa maior prejuízo no funcionamento social) do que um episódio hipomaníaco. Um episódio (de qualquer duração) que envolva sintomas psicóticos ou necessite de hospitalização é, por definição, um episódio maníaco em vez de hipomaníaco.

Transtorno ciclotímico. Enquanto o transtorno ciclotímico é caracterizado por períodos de sintomas depressivos e por períodos de sintomas hipomaníacos, a presença de um episódio depressivo maior ao longo da vida impede o diagnóstico de transtorno ciclotímico.

Comorbidade

Hipomania de curta duração, semelhante aos episódios hipomaníacos completos, foi associada a taxas mais altas de transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias comórbidos do que as encontradas na população em geral.

Transtorno do Luto Complexo Persistente

Critérios Propostos

A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.
B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas:
   1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado de e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego.
   2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte.
   3. Preocupação com o falecido.
   4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças, essa preocupação com o falecido pode ser expressa por meio dos temas de brincadeiras e comportamento e pode se estender à preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas.
C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos enlutados, e seis meses no caso de crianças enlutadas:

Sofrimento reativo à morte

1. Marcada dificuldade em aceitar a morte. Em crianças, isso depende de sua capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte.
2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.
3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.
4. Amargura ou raiva relacionada à perda.
5. Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação).
6. Evitação excessiva de lembranças da perda (p. ex., evitação de indivíduos, lugares ou situações associados ao falecido; em crianças, isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido).

Perturbação social/da identidade

7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.
8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.
9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.
10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.
11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade (p. ex., sentir que uma parte de si morreu com o falecido).
12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro (p. ex., amizades, atividades).

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

Especificar se:

Com luto traumático: Luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações angustiantes persistentes referentes à natureza traumática da morte (frequentemente em resposta a lembranças da perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesão mutiladora ou a natureza maldosa ou intencional da morte.

Características Diagnósticas

O transtorno do luto complexo persistente é diagnosticado somente se ao menos 12 meses (seis meses em crianças) se passaram desde a morte de alguém com quem o enlutado tinha um relacionamento próximo (Critério A). Esse intervalo de tempo discrimina o luto normal do luto persistente. A condição envolve, em geral, uma saudade persistente do falecido (Critério B1), que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes (Critério B2) ou preocupação com o falecido (Critério B3). O indivíduo também pode estar preocupado com a maneira como a pessoa morreu (Critério B4).

Seis sintomas adicionais são necessários, incluindo dificuldade acentuada de aceitar que o indivíduo morreu (Critério C1) (p. ex., preparando refeições para ele), descrença em que o indivíduo está morto (Critério C2), lembranças angustiantes do falecido (Critério C3), raiva com relação à perda (Critério C4), avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (Critério C5) e evitação excessiva de lembranças da perda (Critério C6). Os indivíduos também podem relatar desejo de morrer porque desejam estar com o falecido (Critério C7); não confiar nos outros (Critério C8); sentir-se isolados (Critério C9); acreditar que a vida não tem sentido ou propósito sem o falecido (Critério C10); experimentar um senso diminuído de identidade no qual sentem que uma parte de si morreu ou foi perdida (Critério C11); ou ter dificuldade em se engajar em atividades, buscar relações ou planejar o futuro (Critério C12).

O transtorno do luto complexo persistente requer sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento psicossocial (Critério D). A natureza e a gravidade do luto devem estar além das normas esperadas para o contexto cultural relevante, grupo religioso ou estágio

do desenvolvimento (Critério E). Embora haja variações em como o luto pode se manifestar, os sintomas do transtorno do luto complexo persistente ocorrem em ambos os gêneros e em grupos sociais e culturais diversos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Alguns indivíduos com transtorno do luto complexo persistente experimentam alucinações (auditivas ou visuais) com o falecido em que temporariamente percebem sua presença (p. ex., vendo o falecido sentado na sua cadeira favorita). Também podem experimentar diversas queixas somáticas (p. ex., queixas digestivas, dor, fadiga), incluindo sintomas experimentados pelo falecido.

Prevalência

A prevalência do transtorno do luto complexo persistente é de 2,4 a 4,8%. É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno do luto complexo persistente pode ocorrer em qualquer idade, iniciando após a idade de 1 ano. Os sintomas em geral se iniciam nos primeiros meses após a morte, embora possa haver um atraso de meses, ou mesmo anos, antes que a síndrome completa apareça. Mesmo que respostas de pesar costumem aparecer imediatamente após o luto, tais reações não são diagnosticadas como transtorno do luto complexo persistente a menos que os sintomas persistam além de 12 meses (6 meses para crianças).

Crianças pequenas podem experimentar a perda de um cuidador primário como traumática, dados os efeitos desorganizadores que a ausência do cuidador pode ter sobre a resposta de enfrentamento da criança. Nelas, o sofrimento pode ser expresso em brincadeiras e no comportamento, em regressões no desenvolvimento e em comportamento ansioso ou de protesto em momentos de separação e reunião. A angústia de separação pode ser predominante em crianças menores, e a angústia social/de identidade e o risco de depressão comórbida podem se manifestar de forma crescente em crianças maiores e adolescentes.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. O risco de transtorno do luto complexo persistente é aumentado pela maior dependência do falecido antes da morte e pela morte de uma criança. Problemas com o apoio de cuidadores aumentam o risco para crianças enlutadas.

Genéticos e fisiológicos. O risco para o transtorno é aumentado quando o indivíduo enlutado é do sexo feminino.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Os sintomas do transtorno do luto complexo persistente são observados entre os contextos culturais, porém as respostas de luto podem se manifestar de formas culturalmente específicas. O diagnóstico do transtorno requer que as respostas persistentes e graves vão além das normas culturais das respostas de luto e não sejam mais bem explicadas por rituais culturalmente específicos.

Risco de Suicídio

Indivíduos com transtorno do luto complexo persistente frequentemente relatam ideação suicida.

Consequências Funcionais do Transtorno do Luto Complexo Persistente

O transtorno do luto complexo persistente está associado a déficits no trabalho e no funcionamento social e a comportamentos prejudiciais à saúde, tais como aumento do uso de tabaco e álcool. Também está associado a aumento acentuado nos riscos de condições médicas graves, incluindo doença cardíaca, hipertensão, câncer, deficiência imunológica e qualidade de vida reduzida.

Diagnóstico Diferencial

Luto normal. O transtorno do luto complexo persistente distingue-se do luto normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (ou seis meses em crianças) após a morte da pessoa próxima. O transtorno é diagnosticado somente quando persistem níveis graves de resposta de luto por ao menos 12 meses após a morte, interferindo na capacidade do indivíduo de funcionar.

Transtornos depressivos. Transtorno do luto complexo persistente, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente (distimia) compartilham tristeza, choro e pensamento suicida. Enquanto o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente podem compartilhar o humor deprimido com o transtorno do luto complexo persistente, este último é caracterizado por um foco na perda.

Transtorno de estresse pós-traumático. Indivíduos que experimentam luto em consequência de morte traumática podem desenvolver tanto transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto transtorno do luto complexo persistente. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e evitação. Enquanto as intrusões no TEPT giram em torno do evento traumático, as memórias intrusivas no transtorno do luto complexo persistente são focadas em pensamentos a respeito de muitos aspectos do relacionamento com o falecido, incluindo aspectos positivos do relacionamento e sofrimento pela separação. Em indivíduos com o especificador de luto traumático do transtorno do luto persistente complexo, os pensamentos ou sentimentos angustiantes podem ser mais manifestamente relacionados à forma da morte, com fantasias angustiantes sobre o que aconteceu. Tanto o transtorno do luto complexo persistente quanto o TEPT podem envolver a evitação de lembranças dos eventos que provocam sofrimento. Enquanto a evitação no TEPT é caracterizada pela evitação consistente de estímulos internos e externos que lembram a experiência traumática, no transtorno do luto complexo persistente há também preocupação com a perda e a saudade do falecido, que está ausente no TEPT.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade pela separação de figuras de apego atuais, enquanto o transtorno do luto complexo persistente envolve sofrimento pela separação de um indivíduo falecido.

Comorbidade

Os transtornos comórbidos mais comuns com o transtorno do luto complexo persistente são transtorno depressivo maior, TEPT e transtornos por uso de substâncias. O TEPT é mais frequentemente comórbido com o transtorno do luto complexo persistente quando a morte ocorreu em circunstâncias traumáticas ou violentas.

Transtorno por Uso de Cafeína

Critérios Propostos

Um padrão problemático de uso de cafeína levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado pela ocorrência de ao menos os primeiros três dos seguintes critérios no período de 12 meses:

1. Desejo persistente ou esforços fracassados em cortar ou controlar o uso de cafeína.
2. Uso continuado de cafeína apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.
3. Abstinência, conforme manifestada por um dos seguintes:
   a. A síndrome de abstinência característica para cafeína.
   b. Cafeína (ou uma substância estreitamente relacionada) é ingerida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
4. Cafeína é frequentemente ingerida em quantidades maiores ou por um período mais longo de tempo do que era pretendido.
5. Uso recorrente de cafeína, resultando em fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., atrasos repetidos ou ausências ao trabalho ou à escola relacionados ao uso ou à abstinência da cafeína).
6. Uso continuado de cafeína apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências do uso, problemas médicos, custos).
7. Tolerância, conforme definida por um dos seguintes:
   a. Necessidade de quantidades acentuadamente aumentadas de cafeína para alcançar o efeito desejado.
   b. Efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de cafeína.
8. Uma grande quantidade de tempo é gasta em atividades necessárias para obter cafeína, usar cafeína ou se recuperar dos seus efeitos.
9. Fissura ou forte desejo ou necessidade de usar cafeína.

Um diagnóstico de dependência de substância por uso de cafeína é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde na CID-10. Desde a publicação do DSM-IV, em 1994, uma quantidade considerável de pesquisas sobre dependência de cafeína foi publicada, e diversas revisões recentes apresentam uma análise atual dessa literatura. Existem, hoje, evidências suficientes para garantir a inclusão do transtorno por uso de cafeína como um diagnóstico de pesquisa no DSM-5 para estimular pesquisas adicionais. O algoritmo diagnóstico em elaboração proposto para o estudo do transtorno por uso de cafeína difere do dos outros transtornos por uso de substâncias, refletindo a necessidade de identificar apenas os casos que têm suficiente importância clínica para justificar a classificação como um transtorno mental. Um objetivo importante de incluir o transtorno por uso de cafeína nesta seção do DSM-5 é estimular pesquisas que irão determinar a confiabilidade, a validade e a prevalência do transtorno com base no esquema diagnóstico proposto, com particular atenção à associação do diagnóstico a prejuízos funcionais como parte do teste de validade.

Os critérios propostos para o transtorno por uso de cafeína refletem a necessidade de um limiar diagnóstico mais alto do que aquele utilizado para os demais transtornos por uso de substâncias. Tal limiar tem o objetivo de evitar o diagnóstico em excesso do transtorno por uso de cafeína devido à alta taxa de uso diário habitual e não problemático da substância na população em geral.

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de cafeína é caracterizado pelo uso continuado da substância e pela falha em controlá-lo apesar das consequências físicas e/ou psicológicas negativas. Em um levantamento da população em geral, 14% dos usuários de cafeína preencheram o critério de uso apesar do dano, com a maioria relatando que um médico ou conselheiro os tinha aconselhado a parar ou a reduzir o uso da substância no último ano. Os problemas médicos e psicológicos atribuídos à cafeína incluíam problemas cardíacos, estomacais e urinários, além de queixas de ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade e dificuldade para pensar. No mesmo levantamento, 45% dos usuários de cafeína relataram o desejo e esforços fracassados em controlar o uso da substância, 18% relataram abstinência, 8% relataram tolerância, 28% usavam mais do que o pretendido, e 50% relataram passar uma grande quantidade de tempo consumindo a substância. Além disso, 19% dos usuários relataram um forte desejo por cafeína ao qual não conseguiam resistir, e menos de 1% deles relataram que a substância tinha interferido nas atividades sociais.

Entre aqueles que procuraram tratamento para abandonar o uso problemático de cafeína, 88% relataram ter feito sérias tentativas prévias para modificar o uso da substância, e 43% relataram terem sido aconselhados por um profissional médico a reduzir ou a eliminar a substância. Noventa e três por cento confirmaram sinais e sintomas que preenchiam os critérios do DSM-IV para dependência de cafeína, com os critérios mais comumente confirmados sendo abstinência (96%), desejo persistente ou esforços fracassados de controlar o uso (89%) e uso apesar do conhecimento dos problemas físicos ou psicológicos causados pela cafeína (87%). As razões mais comuns para querer modificar o uso de cafeína foram as relacionadas à saúde (59%) e um desejo de não ser dependente da substância (35%).

A discussão do DSM-5 da abstinência de cafeína no capítulo da Seção II "Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos" fornece informações sobre as características do critério de abstinência. Está bem documentado que usuários habituais de cafeína podem experimentar uma síndrome de abstinência bem definida com abstinência aguda de cafeína, e muitos indivíduos dependentes da substância relatam seu uso continuado para evitar experimentar sintomas de abstinência.

Prevalência

A prevalência do transtorno por uso de cafeína na população em geral não está clara. Com base em todos os sete critérios genéricos para dependência do DSM-IV-TR, 30% dos usuários atuais da substância podem ter preenchido os critérios do DSM-IV para um diagnóstico de dependência de cafeína, com a confirmação de três ou mais critérios de dependência, durante o último ano. Quando somente quatro dos sete critérios (os três critérios primários propostos anteriormente mais a tolerância) são usados, a prevalência parece cair para 9%. Assim, a prevalência esperada do transtorno por uso de cafeína entre usuários regulares da substância é provavelmente menor que 9%. Dado que em torno de 75 a 80% da população em geral consome cafeína regularmente, a prevalência estimada seria menor que 7%. Entre os bebedores regulares de cafeína em risco mais elevado de problemas por uso da substância (p. ex., estudantes do ensino médio e universitários, indivíduos em tratamento para drogas ou para dor que têm história recente de uso indevido de álcool ou droga ilícita), aproximadamente 20% podem ter um padrão de uso que preenche todos os três requisitos propostos no Critério A.

Desenvolvimento e Curso

Indivíduos cujo padrão de uso preenche os critérios para um transtorno por uso de cafeína apresentaram ampla variação na ingestão diária da substância e eram consumidores de vários tipos de produtos com cafeína (p. ex., café, refrigerantes, chá) e de medicamentos. Um diagnóstico de transtorno por uso de cafeína demonstrou predizer prospectivamente maior incidência de reforço de cafeína e abstinência mais grave.

Não foram realizadas pesquisas longitudinais ou transversais sobre o transtorno por uso de cafeína ao longo da vida. Ele foi identificado em adolescentes e adultos. As taxas de consumo de cafeína e o nível geral de consumo da substância tendem a aumentar com a idade até o início e a metade da década dos 30 anos e depois se estabilizam. Os fatores relacionados à idade para o transtorno por uso de cafeína são desconhecidos, embora seja crescente a preocupação relativa ao consumo excessivo da substância entre adolescentes e adultos jovens por meio do uso de bebidas energéticas cafeinadas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. As herdabilidades do uso pesado de cafeína, da tolerância e da abstinência da substância variam de 35 a 77%. Para uso de cafeína, uso de álcool e tabagismo, há um fator genético comum (uso de polissubstâncias) subjacente ao uso dessas três substâncias, sendo 28 a 41% dos efeitos herdáveis do uso (ou uso pesado) de cafeína compartilhados com álcool e fumo. Os transtornos por uso de cafeína e tabaco estão associados a – e são substancialmente influenciados por – fatores genéticos únicos a essas drogas lícitas. A magnitude da herdabilidade para os marcadores do transtorno por uso de cafeína parece ser similar à dos marcadores dos transtornos por uso de álcool e tabaco.

Consequências Funcionais do Transtorno Por Uso de Cafeína

O transtorno por uso de cafeína pode predizer maior consumo da substância durante a gestação. A abstinência de cafeína, uma característica-chave do transtorno por uso de cafeína, demonstrou produzir prejuízo funcional nas atividades diárias normais. A intoxicação pela substância pode incluir sintomas de náusea e vômito, bem como prejuízo das atividades normais. Perturbações significativas nas atividades diárias normais podem ocorrer durante a abstinência de cafeína.

Diagnóstico Diferencial

Uso não problemático de cafeína. A distinção entre o uso não problemático de cafeína e o transtorno por uso de cafeína pode ser difícil de se estabelecer porque os problemas sociais, comportamentais ou psicológicos podem ser difíceis de serem atribuídos à substância, em especial no contexto de uso de outras substâncias. O uso pesado regular de cafeína que pode resultar em tolerância e abstinência é relativamente comum, o que por si só não deve ser suficiente para fazer um diagnóstico.

Transtorno por uso de outro estimulante. Problemas relacionados ao uso de outros medicamentos ou substâncias estimulantes podem se assemelhar às características do transtorno por uso de cafeína.

Transtornos de ansiedade. O uso pesado crônico de cafeína pode mimetizar o transtorno de ansiedade generalizada, e o consumo agudo da substância pode produzir e mimetizar ataques de pânico.

Comorbidade

Pode haver comorbidade entre transtorno por uso de cafeína, consumo diário de cigarros e história pessoal ou familiar de transtorno por uso de álcool. As características do transtorno por uso de cafeína (p. ex., tolerância, abstinência de cafeína) podem estar positivamente associadas a diversos diagnósticos: depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno da personalidade antissocial e transtornos por uso de álcool, *Cannabis* e cocaína.

Transtorno do Jogo pela Internet

Critérios Propostos

Uso persistente e recorrente da internet para envolver-se em jogos, frequentemente com outros jogadores, levando a prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes sintomas em um período de 12 meses:

1. Preocupação com jogos pela internet. (O indivíduo pensa na partida anterior do jogo ou antecipa a próxima partida; o jogo pela internet torna-se a atividade dominante na vida diária.) **Nota:** Este transtorno é distinto dos jogos de azar pela internet, que estão inclusos no transtorno de jogo.
2. Sintomas de abstinência quando os jogos pela internet são retirados. (Esses sintomas são tipicamente descritos como irritabilidade, ansiedade ou tristeza, mas não há sinais físicos de abstinência farmacológica.)
3. Tolerância – a necessidade de passar quantidades crescentes de tempo envolvido nos jogos pela internet.
4. Tentativas fracassadas de controlar a participação nos jogos pela internet.
5. Perda de interesse por passatempos e divertimentos anteriores em consequência dos, e com a exceção dos, jogos pela internet.
6. Uso excessivo continuado de jogos pela internet apesar do conhecimento dos problemas psicossociais.
7. Enganou membros da família, terapeutas ou outros em relação à quantidade do jogo pela internet.

8. Uso de jogos pela internet para evitar ou aliviar um humor negativo (p. ex., sentimentos de desamparo, culpa, ansiedade).
9. Colocou em risco ou perdeu um relacionamento, emprego ou oportunidade educacional ou de carreira significativa devido à participação em jogos pela internet.

Nota: Somente os jogos pela internet que não são de azar estão inclusos neste transtorno. O uso da internet para atividades requeridas em um negócio ou profissão não está incluso; nem é pretendido que o transtorno inclua outro uso recreacional ou social da internet. Igualmente, os *sites* de sexo da internet estão excluídos.

Especificar a gravidade atual:

O transtorno do jogo pela internet pode ser leve, moderado ou grave, dependendo do grau de perturbação das atividades normais. Os indivíduos com transtorno do jogo pela internet menos grave podem exibir menos sintomas e menor perturbação em suas vidas. Aqueles com a forma grave do transtorno terão mais horas passadas no computador e perda mais grave de relacionamentos ou oportunidades na carreira ou escola.

Subtipos

Não existem subtipos adequadamente pesquisados para o transtorno do jogo pela internet até o momento. O transtorno envolve mais frequentemente jogos específicos pela internet, mas também poderia envolver jogos computadorizados que não são jogados por meio dela, embora estes últimos tenham sido menos pesquisados. É provável que os jogos preferidos variem com o passar do tempo à medida que novos jogos são desenvolvidos e popularizados, e não está claro se os comportamentos e consequências associados ao transtorno variam de acordo com o tipo de jogo.

Características Diagnósticas

O transtorno do jogo é atualmente o único transtorno não relacionado com substância proposto para inclusão junto aos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos do DSM-5. Entretanto, existem outros transtornos comportamentais que apresentam algumas semelhanças com os transtornos por uso de substâncias e transtorno do jogo para os quais a palavra *adição* é comumente usada em contextos não médicos, e a única condição com uma literatura considerável é o jogo compulsivo pela internet. O jogo pela internet foi definido como uma "adição" pelo governo chinês, e foi montado um sistema de tratamento. Relatos do tratamento dessa condição apareceram em publicações médicas, principalmente de países asiáticos e algumas nos Estados Unidos.

O grupo de trabalho do DSM-5 examinou mais de 240 artigos e encontrou algumas semelhanças comportamentais do jogo pela internet com o transtorno do jogo e os transtornos por uso de substâncias. A literatura, porém, carece de uma definição-padrão a partir da qual sejam obtidos os dados de prevalência. Também falta uma compreensão das histórias naturais de casos, com ou sem tratamento. A literatura descreve muitas semelhanças subjacentes às adições a substâncias, incluindo aspectos de tolerância, abstinência, repetidas tentativas fracassadas de reduzir ou abandonar o uso e prejuízo no funcionamento normal. Além disso, as altas taxas de prevalência aparentes, tanto em países asiáticos quanto, em menor grau, no Ocidente, justificaram a inclusão desse transtorno na Seção III do DSM-5.

O transtorno do jogo pela internet tem importância significativa para a saúde pública, e pesquisas adicionais podem eventualmente levar a evidências de que o transtorno (também em geral referido como *transtorno por uso da internet, adição à internet ou adição a jogos*) tem mérito como um transtorno independente. Assim como ocorre com o transtorno do jogo, é preciso que haja estudos epidemiológicos para determinar prevalência, curso clínico, possível influência genética e fatores biológicos potenciais baseados em, por exemplo, dados de neuroimagem.

O transtorno do jogo pela internet é um padrão de jogo pela internet excessivo e prolongado que resulta em um grupo de sintomas cognitivos e comportamentais, incluindo a progressiva perda de controle sobre o jogo, tolerância e sintomas de abstinência, análogos aos sintomas dos transtornos por uso de substâncias. Como ocorre com os transtornos relacionados a substâncias, indivíduos com transtorno do jogo pela internet continuam a se sentar diante de um computador

e a se envolver em atividades de jogo apesar da negligência a outras atividades. Eles geralmente dedicam 8 a 10 horas ou mais por dia a essa atividade e ao menos 30 horas por semana. Caso sejam impedidos de usar um computador e retornar ao jogo, eles se tornam agitados e revoltados. Frequentemente permanecem longos períodos sem se alimentar ou dormir. Obrigações normais, como escola ou trabalho, ou obrigações familiares são negligenciadas. Essa condição é separada do transtorno do jogo envolvendo a internet porque o dinheiro não está em risco.

A característica essencial do transtorno do jogo pela internet é a participação persistente e recorrente em jogos pelo computador, em geral jogos em grupo, por muitas horas. Tais jogos envolvem competição entre os grupos de jogadores (com frequência em diferentes regiões do globo, de modo que a duração das partidas é estimulada pela independência dos fusos horários), que participam de atividades complexas estruturadas, as quais incluem um componente significativo de interações sociais durante o jogo. Aspectos de equipe parecem ser uma motivação-chave. Tentativas de direcionar o indivíduo para o trabalho escolar ou atividades interpessoais encontram forte resistência. Assim, os objetivos pessoais, familiares ou vocacionais são negligenciados. Quando os indivíduos são questionados, as principais razões mais provavelmente dadas para usar o computador serão "evitar o tédio", em vez de comunicação ou busca de informação.

A descrição dos critérios relacionados a essa condição é adaptada de um estudo na China. Até que os critérios ideais e o limiar para o diagnóstico sejam determinados empiricamente, devem ser usadas definições conservadoras, de modo que os diagnósticos sejam confirmados pelo preenchimento de cinco ou mais dos nove critérios.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Não foram identificados tipos de personalidade consistentes associados ao transtorno do jogo pela internet. Alguns autores descrevem diagnósticos associados, como transtornos depressivos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Indivíduos com jogo compulsivo pela internet demonstraram ativação cerebral em regiões específicas desencadeada pela exposição ao jogo pela internet, mas não limitada a estruturas do sistema de recompensa.

Prevalência

A prevalência do transtorno do jogo pela internet não está clara, devido aos variados questionários, critérios e limiares empregados, mas parece ser mais alta em países asiáticos e em adolescentes do sexo masculino de 12 a 20 anos. Existe abundância de relatos de países asiáticos, especialmente China e Coreia do Sul, mas poucos da Europa e da América do Norte, dos quais as estimativas de prevalência são altamente variáveis. A prevalência ponto em adolescentes (15 a 19 anos) em um estudo asiático usando um limiar de cinco critérios foi de 8,4% para os indivíduos do sexo masculino e de 4,5% para os do feminino.

Fatores de Risco e Prognóstico

Ambientais. A disponibilidade de computador com conexão à internet permite o acesso aos tipos de jogos com os quais o transtorno do jogo pela internet está mais frequentemente associado.

Genéticos e fisiológicos. Adolescentes do sexo masculino parecem ter maior risco de desenvolvimento do transtorno do jogo pela internet, e tem sido especulado que a origem ambiental e/ou genética asiática é outro fator de risco, mas isso ainda não está claro.

Consequências Funcionais do Transtorno do Jogo pela Internet

O transtorno do jogo pela internet pode levar a fracasso escolar, perda de emprego ou fracasso conjugal. O comportamento do jogo compulsivo tende a desestimular atividades sociais, escolares e familiares normais. Estudantes podem apresentar declínio nas notas e, por fim, fracasso na escola. As responsabilidades familiares podem ser negligenciadas.

Diagnóstico Diferencial

O uso excessivo da internet que não envolve os jogos *on-line* (p. ex., uso excessivo das mídias sociais, como o Facebook; assistir a pornografia *on-line*) não é considerado análogo ao transtorno do jogo pela internet, e pesquisas futuras sobre os demais usos excessivos da internet precisariam seguir diretrizes similares, conforme aqui sugerido. Os jogos de azar excessivos *on-line* podem se qualificar para um diagnóstico separado de transtorno do jogo.

Comorbidade

A saúde pode ser negligenciada devido ao jogo compulsivo. Outros diagnósticos que podem estar associados ao transtorno do jogo pela internet incluem transtorno depressivo maior, TDAH e TOC.

Transtorno Neurocomportamental Associado a Exposição Pré-natal ao Álcool

Critérios Propostos

A. Exposição mais do que mínima ao álcool durante a gestação, incluindo exposição anterior ao reconhecimento da gravidez. A confirmação da exposição gestacional ao álcool pode ser obtida pelo autorrelato materno de uso da substância na gravidez, por registros médicos ou outros ou pela observação clínica.
B. Funcionamento neurocognitivo prejudicado, conforme manifestado por um ou mais dos seguintes:
    1. Prejuízo no desempenho intelectual global (i.e., QI igual ou menor que 70 ou um escore-padrão igual ou menor que 70 em uma avaliação abrangente do desenvolvimento).
    2. Prejuízo na função executiva (p. ex., planejamento e organização pobres; inflexibilidade; dificuldade com inibição comportamental).
    3. Prejuízo no aprendizado (p. ex., conquistas acadêmicas inferiores ao esperado para o nível intelectual; deficiência de aprendizado específica).
    4. Prejuízo na memória (p. ex., problemas para lembrar informações aprendidas recentemente; cometer repetidamente os mesmos erros; dificuldade para lembrar instruções verbais longas).
    5. Prejuízo no raciocínio visuoespacial (p. ex., desenhos ou construções desorganizados ou mal planejados; problemas em diferenciar esquerda e direita).
C. Autorregulação prejudicada, manifestada por um ou mais dos seguintes:
    1. Prejuízo na regulação do humor ou comportamento (p. ex., labilidade do humor; afeto negativo ou irritabilidade; explosões comportamentais frequentes).
    2. Déficit de atenção (p. ex., dificuldade para direcionar a atenção; dificuldade em manter o esforço mental).
    3. Prejuízo no controle de impulsos (p. ex., dificuldade de esperar a sua vez; dificuldade de seguir regras).
D. Prejuízo no funcionamento adaptativo, manifestado por dois ou mais dos seguintes, um dos quais deve ser (1) ou (2):
    1. Déficit na comunicação (p. ex., atraso na aquisição da linguagem; dificuldade de compreensão da linguagem falada).
    2. Prejuízo na comunicação e interação sociais (p. ex., excessivamente amistoso com estranhos; dificuldade na leitura dos sinais sociais; dificuldade de compreender as consequências sociais).
    3. Prejuízo nas habilidades de vida diária (p. ex., higiene pessoal, alimentação ou banho demorados; dificuldade de lidar com a agenda diária).
    4. Prejuízo nas habilidades motoras (p. ex., desenvolvimento pobre da motricidade fina; atraso na aquisição dos marcos da motricidade ampla ou déficits persistentes no funcionamento motor amplo; déficits na coordenação e no equilíbrio).
E. O início do transtorno (sintomas dos Critérios B, C e D) ocorre na infância.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
G. O transtorno não é mais bem explicado pelos efeitos fisiológicos diretos associados ao uso pós-natal de uma substância (p. ex., medicamento, álcool ou outras drogas), por uma condição médica geral (p. ex., lesão cerebral traumática, *delirium*, demência), por outro teratógeno conhecido (p. ex., síndrome da hidantoína fetal), por uma condição genética (p. ex., síndrome de Williams, síndrome de Down, síndrome de Cornélia de Lange) ou por negligência ambiental.

O álcool é um teratógeno neurocomportamental, e a exposição pré-natal a ele tem efeitos teratogênicos no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) e na função subsequente. O *transtorno neurocomportamental associado a exposição pré-natal ao álcool* (em inglês, ND-PAE) é um novo termo descritivo, que se propõe a abranger a variação completa das deficiências no desenvolvimento associadas à exposição ao álcool *in utero*. As diretrizes diagnósticas atuais permitem que o ND-PAE seja diagnosticado tanto na ausência quanto na presença dos efeitos físicos da exposição pré-natal ao álcool (p. ex., dismorfismo facial necessário para um diagnóstico de síndrome alcoólica fetal).

Características Diagnósticas

A característica essencial do ND-PAE é a manifestação de prejuízo no funcionamento neurocognitivo, comportamental e adaptativo associado a exposição pré-natal ao álcool. O prejuízo pode ser documentado com base em avaliações diagnósticas passadas (p. ex., avaliações psicológicas ou educacionais) ou em registros médicos, em relatos feitos pela pessoa ou por informantes e/ou na observação por um clínico.

Um diagnóstico clínico de síndrome alcoólica fetal, incluindo dismorfismo facial especificamente relacionado ao álcool pré-natal e retardo no crescimento, pode ser usado como evidência de níveis significativos de exposição pré-natal ao álcool. Embora tanto estudos com animais quanto com humanos tenham documentado efeitos adversos de níveis mais baixos de ingestão de álcool, identificar quanta exposição pré-natal é necessária para impactar significativamente o neurodesenvolvimento permanece um desafio. Dados sugerem que pode ser necessária uma história de exposição gestacional mais do que mínima (p. ex., mais do que um consumo leve) antes e/ou após o reconhecimento da gravidez. Consumo leve é definido como 1 a 13 doses por mês durante a gestação com não mais do que duas dessas doses consumidas em uma única ocasião. Identificar um limiar mínimo de consumo durante a gestação irá requerer que seja considerada uma variedade de fatores que sabidamente afetam a exposição e/ou interagem para influenciar no desenvolvimento, incluindo o estágio de desenvolvimento pré-natal, tabagismo gestacional, genética materna e fetal e estado físico materno (i.e., idade, saúde e certos problemas obstétricos).

Os sintomas do ND-PAE incluem acentuado prejuízo no desempenho intelectual global (QI) ou prejuízos neurocognitivos em qualquer das seguintes áreas: função executiva, aprendizado, memória e/ou raciocínio visuoespacial. Os prejuízos na autorregulação estão presentes e podem incluir prejuízo na regulação do humor ou do comportamento, déficit de atenção ou prejuízo no controle de impulsos. Por fim, os prejuízos no funcionamento adaptativo incluem déficits na comunicação e prejuízo na comunicação e nas interações sociais. Prejuízos em habilidades da vida diária (autocuidados) e nas habilidades motoras podem estar presentes. Como pode ser difícil obter uma avaliação precisa das habilidades neurocognitivas de crianças muito pequenas, é apropriado adiar um diagnóstico quando as crianças tiverem 3 anos de idade ou menos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Características associadas variam dependendo da idade, do grau de exposição ao álcool e do ambiente do indivíduo. Um indivíduo pode ser diagnosticado com esse transtorno independentemente da origem socioeconômica ou cultural. Entretanto, uso parental corrente indevido de álcool/substâncias, doença mental parental, exposição a violência em casa ou na comunidade, negligência ou abuso, relações perturbadas com os cuidadores e falta de continuidade no cuidado médico ou de saúde mental estão frequentemente presentes.

Prevalência

As taxas de prevalência do ND-PAE são desconhecidas. Entretanto, as taxas de prevalência estimadas das condições clínicas associadas a exposição pré-natal ao álcool são de 2 a 5% nos Estados Unidos.

Desenvolvimento e Curso

Entre as pessoas com exposição pré-natal ao álcool, as evidências de disfunção no SNC variam de acordo com o estágio do desenvolvimento. Embora aproximadamente a metade das crianças pequenas expostas ao álcool no período pré-natal apresente acentuado atraso no desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida, outras crianças afetadas pela exposição pré-natal ao álcool podem não exibir sinais de disfunção no SNC até a idade pré-escolar ou escolar. Além disso, os prejuízos nos processos cognitivos de ordem superior (i.e., função executiva), que estão frequentemente associados à exposição pré-natal ao álcool, podem ser mais facilmente avaliados em crianças maiores. Quando as crianças atingem a idade escolar, dificuldades de aprendizado, prejuízos na função executiva e problemas com funções de linguagem integrativa geralmente emergem de forma mais clara, e tanto déficits nas habilidades sociais quanto comportamento desafiador podem se tornar mais evidentes. Em particular, quando a escola e outras exigências se tornam mais complexas, déficits maiores são observados. Por isso, os anos escolares representam as idades em que um diagnóstico de ND-PAE seria mais provável.

Risco de Suicídio

O suicídio é um resultado de alto risco, com taxas aumentando significativamente no fim da adolescência e início da idade adulta.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocomportamental Associado a Exposição Pré-natal ao Álcool

A disfunção no SNC vista em indivíduos com ND-PAE frequentemente leva a decréscimos no comportamento adaptativo e a comportamento desadaptativo com consequências por toda a vida. Os indivíduos afetados pela exposição pré-natal ao álcool apresentam prevalência mais elevada de experiências escolares disruptivas, história de emprego fracas, problemas com a lei, confinamento (legal ou psiquiátrico) e condições de vida dependentes.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos que são atribuíveis aos efeitos fisiológicos associados ao uso pós-natal de uma substância, outra condição médica ou negligência ambiental. Outras considerações incluem os efeitos fisiológicos do uso pós-natal de substância, como um medicamento, álcool ou outras substâncias; transtornos devidos a outra condição médica, como lesão cerebral traumática ou outros transtornos neurocognitivos (p. ex., *delirium*, transtorno neurocognitivo maior [demência]); ou negligência ambiental.

Condições genéticas e teratogênicas. Condições genéticas, como a síndrome de Williams, a síndrome de Down ou a síndrome de Cornélia de Lange, e outras condições teratogênicas, como a síndrome da hidantoína fetal e a fenilcetonúria materna, podem ter características físicas e comportamentais semelhantes. É necessário um exame cuidadoso da história de exposição pré-natal para esclarecer o agente teratogênico, e uma avaliação por um geneticista clínico pode ser necessária para distinguir as características físicas associadas a essas e a outras condições genéticas.

Comorbidade

Problemas de saúde mental foram identificados em mais de 90% das pessoas com história de exposição pré-natal significativa ao álcool. O diagnóstico comórbido mais comum é o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, mas pesquisas mostraram que pessoas com ND-PAE diferem nas características neuropsicológicas e na sua resposta a intervenções farmacológicas. Outros transtornos com alta probabilidade de comorbidade incluem o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta, mas a adequação desses diagnósticos deve ser pesada no contexto dos prejuízos significativos no funcionamento intelectual geral e na função executiva que estão frequentemente associados à exposição pré-natal ao álcool. Sintomas de humor, incluindo sintomas do transtorno bipolar e dos transtornos depressivos, foram descritos. História de exposição pré-natal ao álcool está associada a risco aumentado para posteriores transtornos por uso de tabaco, álcool e outras substâncias.

Transtorno do Comportamento Suicida

Critérios Propostos

A. Nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio.
   Nota: Uma tentativa de suicídio é uma sequência autoiniciada de comportamentos por um indivíduo que, no momento do início, tinha a expectativa de que o conjunto de ações levaria à sua própria morte. (O "momento do início" é o momento em que ocorreu um comportamento que envolveu a aplicação do método.)
B. O ato não preenche os critérios para autolesão não suicida – isto é, não envolve autolesão direcionada à superfície do corpo realizada para produzir alívio de um estado cognitivo/sentimento negativo ou para alcançar um estado de humor positivo.
C. O diagnóstico não é aplicado a ideação suicida ou a atos preparatórios.
D. O ato não foi iniciado durante um estado de *delirium* ou confusão.
E. O ato não foi realizado unicamente por um objetivo político ou religioso.

Especificar se:

Atual: Não mais de 12 meses desde a última tentativa.
Em remissão inicial: 12 a 24 meses desde a última tentativa.

Especificadores

O comportamento suicida é frequentemente categorizado em termos da violência do método. Geralmente, *overdoses* com substâncias legais ou ilegais são consideradas não violentas, enquanto pular de alturas, ferir-se com arma de fogo e outros métodos são considerados violentos. Outra dimensão para classificação são as consequências médicas do comportamento, com as tentativas de alta letalidade sendo definidas como aquelas que requerem hospitalização, além da procura ao setor de emergência. Uma dimensão adicional considerada inclui o grau de planejamento *versus* impulsividade da tentativa, uma característica que pode ter consequências para a evolução médica de uma tentativa de suicídio.

Se o comportamento suicida ocorreu 12 a 24 meses antes da avaliação, a condição é considerada em remissão inicial. Os indivíduos permanecem em maior risco para outras tentativas de suicídio e morte nos 24 meses após uma tentativa de suicídio, e o período de 12 a 24 meses após a ocorrência do comportamento é especificado como "remissão inicial".

Características Diagnósticas

A manifestação essencial do transtorno do comportamento suicida é uma tentativa de suicídio. Uma *tentativa de suicídio* é um comportamento que o indivíduo realizou com pelo menos alguma intenção de morrer. O comportamento pode ou não levar a lesão ou a consequências médicas sérias. Vários fatores podem influenciar as consequências médicas da tentativa de suicídio, in-

cluindo mau planejamento, falta de conhecimento sobre a letalidade do método escolhido, baixa intencionalidade ou ambivalência ou intervenção casual de outras pessoas depois que o comportamento foi iniciado. Estes não devem ser considerados na atribuição do diagnóstico.

Determinar o grau de intencionalidade pode ser desafiador. Os indivíduos podem não reconhecer a intenção, especialmente em situações em que fazer isso poderia resultar em hospitalização ou causar sofrimento a pessoas amadas. Marcadores de risco incluem grau de planejamento, incluindo a escolha de um momento e lugar para minimizar a chance de salvamento ou interrupção; o estado mental do indivíduo no momento do comportamento, com a agitação aguda sendo especialmente preocupante; alta recente de internação hospitalar; ou descontinuação recente de um estabilizador do humor, como lítio, ou de um antipsicótico, como clozapina, no caso de esquizofrenia. Exemplos de "desencadeantes" ambientais incluem conhecimento recente de um diagnóstico médico potencialmente fatal, como câncer, passar pela perda repentina e inesperada de um parente próximo ou parceiro, perda de emprego ou despejo de casa. Já comportamentos como falar com outras pessoas sobre eventos futuros ou preparar-se para assinar um seguro de vida são indicadores menos confiáveis.

Para que os critérios sejam preenchidos, o indivíduo deve ter tido ao menos uma tentativa de suicídio. As tentativas de suicídio podem incluir comportamentos em que, após dar início à tentativa de suicídio, o indivíduo mudou de ideia ou alguém interferiu. Por exemplo, uma pessoa pode ter a intenção de ingerir determinada quantidade de medicamentos ou veneno, mas interromper ou ser impedida por outra pessoa antes de ingerir a quantidade completa. Se o indivíduo é dissuadido por outra pessoa ou muda de ideia antes de iniciar o comportamento, o diagnóstico não deve ser feito. O ato não deve preencher os critérios para autolesão não suicida – isto é, não deve envolver episódios repetidos de automutilação (ao menos cinco vezes nos últimos 12 meses) realizados para produzir alívio de um estado cognitivo/sentimento negativo ou para alcançar um estado de humor positivo. O ato não deve ter sido iniciado durante um estado de *delirium* ou confusão. Se o indivíduo se intoxicou deliberadamente antes de iniciar o comportamento, para reduzir a ansiedade antecipatória e minimizar a interferência no comportamento pretendido, deve ser feito o diagnóstico.

Desenvolvimento e Curso

O comportamento suicida pode ocorrer em qualquer momento durante a vida, mas é raramente encontrado em crianças com menos de 5 anos. Em crianças pré-púberes, o comportamento com frequência consistirá em um ato (p. ex., sentar em um parapeito) que os pais proibiram devido ao risco de acidente. Aproximadamente 25 a 30% das pessoas que tentam suicídio continuarão a cometer mais tentativas. Existe variabilidade significativa em termos de frequência, método e letalidade das tentativas. Entretanto, isso não é diferente do que é observado em outras doenças, como o transtorno depressivo maior, no qual a frequência do episódio, seu subtipo e o prejuízo para um determinado episódio podem variar significativamente.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O comportamento suicida varia na frequência e na forma entre as culturas. As diferenças culturais podem se dever à disponibilidade do método (p. ex., envenenamento com pesticidas em países em desenvolvimento; ferimentos com arma de fogo no sudoeste dos Estados Unidos) ou à presença de síndromes culturalmente específicas (p. ex., *ataques de nervios*, que em alguns grupos de latinos podem levar a comportamentos que se parecem muito com tentativas de suicídio ou podem facilitar tentativas de suicídio).

Marcadores Diagnósticos

Anormalidades laboratoriais consequentes à tentativa de suicídio são frequentemente evidentes. O comportamento suicida que leva a perda sanguínea pode ser acompanhado por anemia, hipotensão ou choque. *Overdoses* podem ocasionar coma ou obnubilação e anormalidades laboratoriais associadas, tais como desequilíbrio hidreletrolítico.

Consequências Funcionais do Transtorno do Comportamento Suicida

Podem ocorrer condições médicas (p. ex., lacerações ou trauma ósseo, instabilidade cardiopulmonar, aspiração de vômito e sufocação, insuficiência hepática consequente ao uso de paracetamol) como consequência do comportamento suicida.

Comorbidade

O comportamento suicida é visto no contexto de uma variedade de transtornos mentais, mais comumente transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos de ansiedade (em particular transtorno de pânico associado a conteúdo catastrófico e TEPT associado a *flashbacks*), transtornos por uso de substâncias (especialmente transtorno por uso de álcool), transtorno da personalidade *borderline*, transtorno da personalidade antissocial, transtornos alimentares e transtornos de adaptação. Ele é raramente manifestado por indivíduos sem patologia discernível, a menos que seja realizado em função de uma condição médica dolorosa, por razões políticas ou religiosas com a intenção de chamar a atenção para o martírio ou por parceiros em um pacto suicida, situações nas quais ambos são excluídos desse diagnóstico, ou quando os que informam desejam esconder a natureza do comportamento.

Autolesão Não Suicida

Critérios Propostos

A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida).
   Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.
B. O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:
   1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
   2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
   3. Induzir um estado de sentimento positivo.

   Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.
C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes:
   1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.
   2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar.
   3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.
D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., *piercing* corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.
E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.
F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, *delirium*, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. Em indivíduos com um transtorno do neu-

rodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotipias repetitivas. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (p. ex., transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo], transtorno de escoriação [*skin-picking*]).

Características Diagnósticas

A característica essencial da autolesão não suicida é o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. Em geral, o propósito é reduzir emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura, e/ou resolver uma dificuldade interpessoal. Em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida. O indivíduo frequentemente relatará uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo. Quando o comportamento ocorre de forma frequente, pode estar associado a um senso de urgência e fissura, com o padrão comportamental resultante lembrando a adição. Os ferimentos infligidos podem se tornar mais profundos e mais numerosos.

A lesão é mais frequentemente infligida com uma faca, agulha, lâmina ou outro objeto afiado. Locais comuns para lesão incluem a área frontal das coxas e o lado dorsal do antebraço. Uma única sessão de lesão pode envolver uma série de cortes paralelos superficiais – separados por 1 ou 2 centímetros – em um local visível ou acessível. Os cortes resultantes com frequência irão sangrar e eventualmente deixarão um padrão de cicatrizes característico.

Outros métodos utilizados incluem fincar uma agulha ou faca de ponta afiada em uma área, em geral na parte superior do braço; infligir uma queimadura superficial com a ponta de um cigarro aceso; ou queimar a pele esfregando repetidamente uma borracha. O envolvimento em autolesão não suicida com múltiplos métodos está associado a psicopatologia mais grave, incluindo tentativas de suicídio.

A grande maioria dos indivíduos que se engajam em autolesão não suicida não busca atendimento clínico. Não se sabe se isso reflete a frequência do envolvimento no transtorno, porque o relato preciso é visto como estigmatizante ou porque os comportamentos são experimentados de forma positiva pelo indivíduo que se engaja neles, que não está motivado para receber tratamento. Crianças pequenas podem fazer experiências com esses comportamentos, mas não sentir um alívio. Nesses casos, os jovens costumam relatar que o procedimento é doloroso ou causa sofrimento e podem, então, descontinuar a prática.

Desenvolvimento e Curso

A autolesão não suicida inicia-se com mais frequência no começo da adolescência e pode continuar por muitos anos. A internação hospitalar devida a autolesão não suicida atinge um pico entre os 20 e os 29 anos de idade e depois diminui. No entanto, pesquisas que examinaram a idade na hospitalização não forneceram informações sobre a idade de início do comportamento, e são necessárias pesquisas prospectivas para delinear a história natural da autolesão não suicida e os fatores que promovem ou inibem seu curso. Os indivíduos frequentemente tomam conhecimento do comportamento por recomendação ou observação de outra pessoa. Pesquisas demonstraram que quando um indivíduo que se envolve em autolesão não suicida é admitido em uma unidade de internação, outras pessoas podem começar a se envolver em tal comportamento.

Fatores de Risco e Prognóstico

As taxas de prevalência de autolesão não suicida em indivíduos dos sexos masculino e feminino estão mais próximas entre si do que no transtorno do comportamento suicida, em que a proporção entre indivíduos dos sexos feminino e masculino é de aproximadamente 3:1 ou 4:1.

Duas teorias de psicopatologia – com base em análises de comportamento funcionais – foram propostas: na primeira, baseada na teoria da aprendizagem, o reforço positivo ou negativo mantém o comportamento. O reforço positivo pode resultar do fato de o indivíduo sentir a au-

topunição como merecida, com o comportamento induzindo um estado prazeroso ou relaxado ou gerando a atenção e a ajuda de outra pessoa significativa, ou como uma expressão de raiva. O reforço negativo resulta de regulação do afeto e redução de emoções desagradáveis ou da evitação de pensamentos angustiantes, incluindo pensamento sobre suicídio. Na segunda teoria, a autolesão não suicida é considerada uma forma de autopunição, em que as ações autopunitivas são realizadas para compensar atos que causaram sofrimento ou dano a outros.

Consequências Funcionais da Autolesão Não Suicida

O ato de se cortar pode ser realizado com instrumentos compartilhados, levantando a possibilidade de doenças transmissíveis pelo sangue.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno da personalidade *borderline*. Conforme indicado, a autolesão não suicida foi por muito tempo considerada um "sintoma" do transtorno da personalidade *borderline*, embora avaliações clínicas abrangentes tenham encontrado que a maioria dos indivíduos com autolesão não suicida tem sintomas que também preenchem critérios para outros diagnósticos, com os transtornos alimentares e transtornos por uso de substâncias sendo especialmente comuns. Historicamente, a autolesão não suicida foi considerada patognomônica do transtorno da personalidade *borderline*. Ambas as condições estão associadas a vários outros diagnósticos. Embora com frequência associado, o transtorno da personalidade *borderline* não é invariavelmente encontrado em indivíduos com autolesão não suicida. As duas condições diferem em vários aspectos. Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* com frequência manifestam comportamentos perturbados agressivos e hostis, enquanto a autolesão não suicida está mais associada a fases de proximidade, comportamentos colaborativos e relacionamentos positivos. Em um nível mais fundamental, existem diferenças no envolvimento de sistemas diferentes de neurotransmissores, mas estas não serão aparentes ao exame clínico.

Transtorno do comportamento suicida. A diferenciação entre autolesão não suicida e transtorno do comportamento suicida é baseada no objetivo declarado do comportamento como sendo um desejo de morrer (transtorno do comportamento suicida) ou, na autolesão não suicida, experimentar alívio conforme descrito nos critérios. Dependendo das circunstâncias, os indivíduos podem fazer relatos por conveniência, e vários estudos relatam altas taxas de declaração de falsas intenções. Pessoas com história de episódios frequentes de autolesão não suicida aprenderam que uma sessão de cortes, embora dolorosa, é, no curto prazo, em grande parte benigna. Uma vez que indivíduos com autolesão não suicida podem e de fato tentam e cometem suicídio, é importante verificar a história passada de comportamento suicida e obter informações de outras pessoas referentes a alguma alteração no humor e na exposição a estresse. A probabilidade de intenção suicida tem sido associada ao uso de múltiplos métodos anteriores de autolesão.

Em um estudo de *follow-up* de casos de "autolesão" em indivíduos do sexo masculino tratados em um dos vários centros de emergência geral no Reino Unido, estes estavam significativamente mais propensos a cometer suicídio do que outros indivíduos adolescentes originados na mesma coorte. Estudos que examinaram a relação entre autolesão não suicida e transtorno do comportamento suicida são limitados por serem retrospectivos e por não conseguirem verificar o método usado de fato durante "tentativas" prévias. Uma proporção significativa daqueles que se engajam em autolesão não suicida respondeu positivamente quando questionada se já haviam-se cortado (ou seu meio preferido de autolesão) com intenção de morrer. É razoável concluir que a autolesão não suicida, embora não apresentando alto risco para suicídio quando manifestada inicialmente, é uma forma especialmente perigosa de comportamento de autolesão.

Tal conclusão também é apoiada por um estudo multicêntrico de adolescentes deprimidos que haviam previamente apresentado falha na resposta à medicação antidepressiva, o qual observou que aqueles com autolesão não suicida prévia não respondiam à terapia cognitivo-comportamental, e por um estudo que encontrou que a autolesão não suicida é um preditor de uso/abuso de substâncias.

Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo). A tricotilomania é um comportamento nocivo restrito a arrancar os próprios cabelos, mais comumente do couro cabeludo, das sobrancelhas ou dos cílios. O comportamento ocorre em "sessões" que podem durar horas. É mais provável que ocorra durante um período de relaxamento ou distração.

Autolesão estereotipada. A autolesão estereotipada, que pode incluir bater com a cabeça, morder-se ou autoagressão, está em geral associada a intensa concentração ou a condições de baixa estimulação externa, podendo estar relacionada também a atraso do desenvolvimento.

Transtorno de escoriação (*skin-picking*). O transtorno de escoriação ocorre principalmente em indivíduos do sexo feminino e costuma ser voltado a beliscar uma área da pele considerada de má aparência ou apresentando uma mancha, geralmente no rosto ou no couro cabeludo. Como ocorre na autolesão não suicida, o beliscar é com frequência precedido por um impulso e é vivenciado como prazeroso, mesmo que o indivíduo se dê conta de que está se machucando. Este transtorno não está associado ao uso de nenhum instrumento.

APÊNDICE

Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5 809
Glossário de Termos Técnicos 817
Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento 833
Listagem Alfabética dos Diagnósticos do DSM-5
e Códigos (CID-9-MC e CID-10-MC) 839
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC) 863
Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-10-MC) 877
Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5 897
Índice 917

Página propositalmente deixada em branco

Destaques das Modificações do DSM-IV para o DSM-5

As modificações feitas nos critérios diagnósticos e nos textos do DSM-5 são resumidas neste capítulo na mesma ordem em que aparecem na classificação do DSM-5. Essa descrição abreviada tem a intenção de orientar os leitores apenas para as modificações mais significativas em cada categoria de transtorno. Uma descrição mais extensa de quase todas as modificações (p. ex., exceto pequenas modificações para maior clareza em palavras ou texto) está disponível *on-line* (www.psychiatry.org/dsm5, em inglês). Também deve ser observado que a Seção I contém uma descrição das modificações pertinentes à organização dos capítulos no DSM-5, ao sistema multiaxial e à introdução de avaliações dimensionais.

Transtorno do Neurodesenvolvimento

O termo *retardo mental* foi usado no DSM-IV. No entanto, **deficiência intelectual** (**transtorno do desenvolvimento intelectual**) é o termo que passou a ser de uso comum nas duas últimas décadas entre profissionais da Medicina, da Educação e outros profissionais e pelo público leigo e grupos de apoio. Os critérios diagnósticos enfatizam a necessidade de uma avaliação tanto da capacidade cognitiva (quociente de inteligência – QI) quanto do funcionamento adaptativo. A gravidade é determinada pelo funcionamento adaptativo, e não pelo escore do QI.

Os **transtornos da comunicação**, que foram recentemente denominados no DSM-IV de transtorno fonológico e tartamudez, respectivamente, incluem o **transtorno da linguagem** (que combina o transtorno da linguagem expressiva e o transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva anteriores), o **transtorno da fala** (anteriormente transtorno fonológico) e o **transtorno da fluência com início na infância** (anteriormente tartamudez). Também está incluso o **transtorno da comunicação social (pragmática)**, uma nova condição envolvendo dificuldades persistentes nos usos sociais da comunicação verbal e não verbal.

O **transtorno do espectro autista** é um novo transtorno do DSM-5 que engloba o transtorno autista (autismo), o transtorno de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância, o transtorno de Rett e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação do DSM-IV. Ele é caracterizado por déficits em dois domínios centrais: 1) déficits na comunicação social e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades.

Várias modificações foram feitas para os critérios diagnósticos do **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade** (TDAH). Foram acrescentados exemplos aos itens dos critérios para facilitar a aplicação ao longo da vida; a descrição da idade de início foi modificada (de "alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou sintomas de desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos" para "diversos sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos"); os subtipos foram substituídos por especificadores de apresentação que mapeiam diretamente os subtipos anteriores; um diagnóstico comórbido com o transtorno do espectro autista é permitido agora; e foi feita uma modificação no limiar dos sintomas para adultos, para refletir as evidências substanciais de prejuízo clinicamente significativo do TDAH, com o ponto de corte de cinco sintomas em vez dos seis requeridos para TDAH em pessoas mais jovens, tanto para desatenção quanto para hiperatividade e impulsividade.

O **transtorno específico da aprendizagem** combina os diagnósticos do DSM-IV de transtorno da leitura, transtorno da matemática, transtorno da expressão escrita e transtorno da aprendizagem sem outra especificação. Os déficits de aprendizagem nas áreas de leitura, expressão escrita e matemática estão codificados como especificadores separados. É feito o reconhecimento, ao longo do texto, de que tipos específicos de déficits da leitura são descritos internacionalmente de várias formas como *dislexia* e tipos específicos de déficits em matemática como *discalculia*.

Os seguintes **transtornos motores** estão inclusos no DSM-5: transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtorno de movimento estereotipado, transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique transitório, outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado. Os critérios para tique foram padronizados em todos esses transtornos nesse capítulo.

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Foram feitas duas modificações no Critério A para **esquizofrenia:** 1) a eliminação da atribuição especial a delírios bizarros e alucinações auditivas de primeira linha de Schneider (p. ex., duas ou mais vozes conversando entre si), levando à necessidade de pelo menos dois sintomas do Critério A para um diagnóstico de esquizofrenia, e 2) inclusão da exigência de que pelo menos um dos sintomas do Critério A deva ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Os subtipos de esquizofrenia do DSM-IV foram eliminados devido a sua estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e pouca validade. Em vez disso, é inclusa uma abordagem dimensional para classificar a gravidade dos sintomas centrais da esquizofrenia na Seção III do DSM-5 para capturar a importante heterogeneidade no tipo de sintoma e gravidade que se manifesta entre os indivíduos com transtornos psicóticos. O **transtorno esquizoafetivo** é reconceitualizado como um diagnóstico longitudinal em vez de transversal – mais comparável a esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno depressivo maior, que são unidos por essa condição – e requer que um episódio maior de humor esteja presente durante a maior parte da duração total do transtorno após o Critério A ter sido preenchido. O Critério A para o **transtorno delirante** não apresenta mais a exigência de que os delírios não sejam bizarros; é incluso agora um especificador para delírios do tipo bizarro para dar continuidade ao DSM-IV. Os critérios para **catatonia** são descritos uniformemente no DSM-5. Além disso, a catatonia pode ser diagnosticada com um especificador (para transtornos depressivo, bipolar e psicótico, incluindo esquizofrenia), no contexto de uma condição médica conhecida ou como um outro diagnóstico especificado.

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Os critérios diagnósticos para **transtorno bipolar** incluem, agora, alterações no humor e alterações na atividade ou energia. O diagnóstico do DSM-IV de transtorno bipolar tipo I, episódios mistos – requerendo que o indivíduo satisfaça simultaneamente todos os critérios para mania e episódio depressivo maior – é substituído por um novo especificador "com características mistas". As condições particulares podem agora ser diagnosticadas como **outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado**, incluindo categorização para indivíduos com história passada de um transtorno depressivo maior cujos sintomas satisfazem todos os critérios para hipomania, exceto pelo critério de duração (i.e., o episódio dura apenas 2 ou 3 dias em vez dos 4 dias consecutivos ou mais exigidos). Uma segunda condição constituindo outra variante de outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado é quando poucos sintomas de hipomania estão presentes, não satisfazendo os critérios para a síndrome bipolar tipo II completa, embora a duração, no mínimo 4 dias consecutivos, seja suficiente. Por fim, tanto neste capítulo quanto no capítulo "Transtornos Depressivos" é descrito o especificador "com sintomas ansiosos".

Transtornos Depressivos

Para abordar questões relacionadas aos potenciais diagnósticos e tratamentos em excesso do transtorno bipolar em crianças, um novo diagnóstico, **transtorno disruptivo da desregulação do humor**, é incluso para crianças até 18 anos que exibem irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo. O **transtorno disfórico pré-menstrual** é agora promovido do Apêndice B, "Conjuntos de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais", no DSM-IV, para o corpo principal do DSM-5. O que foi referido como distimia no DSM-IV agora se enquadra na categoria do **transtorno depressivo persistente**, o qual inclui o transtorno depressivo maior e o transtorno distímico prévio. A coexistência dentro de um **episódio depressivo maior** de pelo menos três sintomas maníacos (insuficientes para satisfazer os critérios para um episódio maníaco) é agora reconhecida pelo especificador "com características mistas". No DSM-IV, havia um critério de exclusão para um episódio depressivo maior que era aplicado a sintomas depressivos que durassem menos de dois meses após a morte de uma pessoa

amada (i.e., a exclusão do luto). Essa exclusão é omitida no DSM-5 por várias razões, incluindo o reconhecimento de que o luto é um estressor psicossocial grave que pode precipitar um episódio depressivo maior em um indivíduo vulnerável, geralmente iniciando logo após a perda, e pode acrescentar um risco adicional para sofrimento, sentimentos de desvalia, ideação suicida, problemas de saúde e funcionamento interpessoal e laboral pior. Foi fundamental remover a afirmativa de que o luto geralmente dura apenas dois meses, quando tanto os médicos quanto os conselheiros para luto reconhecem que a duração é mais comumente de 1 a 2 anos. Uma nota de rodapé detalhada substituiu a exclusão mais simplista do DSM-IV para auxiliar os clínicos a fazer a distinção crítica entre os sintomas característicos do luto e aqueles de um transtorno depressivo maior. Por fim, foi acrescentado um novo especificador para indicar a presença de sintomas mistos tanto no transtorno bipolar quanto nos transtornos depressivos.

Transtornos de Ansiedade

O capítulo sobre os transtornos de ansiedade não inclui mais o transtorno obsessivo-compulsivo (que está agora no novo capítulo "Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados") ou o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse agudo (que estão no novo capítulo "Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores"). As modificações nos critérios para **fobia específica** e **transtorno de ansiedade social (fobia social)** incluem a supressão da exigência de que os indivíduos acima de 18 anos reconheçam que a sua ansiedade é excessiva ou irracional. Em vez disso, a ansiedade deve ser desproporcional ao perigo ou ameaça real na situação, depois de levar em conta os fatores de contexto cultural. Além disso, a duração de seis meses é agora estendida para todas as idades. Os **ataques de pânico** podem agora ser listados como um especificador que é aplicável a todos os transtornos do DSM-5. O **transtorno de pânico** e a **agorafobia** não estão juntos no DSM-5. Assim, os antigos diagnósticos de transtorno de pânico com agorafobia, transtorno de pânico sem agorafobia e agorafobia sem história de transtorno de pânico são agora substituídos por dois diagnósticos, transtorno de pânico e agorafobia, cada um com critérios separados. O especificador "generalizado" para o **transtorno de ansiedade social** foi suprimido e substituído por um especificador "somente desempenho". O **transtorno de ansiedade de separação** e o **mutismo seletivo** são agora classificados como transtornos de ansiedade. A redação dos critérios está modificada para representar mais adequadamente a expressão dos sintomas de ansiedade de separação na idade adulta. Além disso, em contraste com o DSM-IV, os critérios diagnósticos não especificam mais que o início deva ser antes dos 18 anos, e a afirmação sobre a duração – "geralmente durando seis meses ou mais" – foi acrescentada para adultos para minimizar o diagnóstico em excesso de medos transitórios.

Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados

O capítulo "Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados" é novo no DSM-5. Os novos transtornos incluem **transtorno de acumulação, transtorno de escoriação (*skin-picking*), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento** e **transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica.** O diagnóstico do DSM-IV de tricotilomania é agora denominado **tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)** e foi movido da classificação do DSM-IV de transtornos do controle de impulsos não classificados em outro local para transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados no DSM-5. O especificador do DSM-IV "com *insight* pobre" para o **transtorno obsessivo-compulsivo** foi refinado para permitir uma distinção entre indivíduos com *insight* bom ou razoável, com *insight* pobre e com "*insight* ausente/crenças delirantes" do transtorno obsessivo-compulsivo (i.e., a completa convicção de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras). Especificadores de *insight* análogos foram incluídos para o transtorno dismórfico corporal e o transtorno de acumulação. Um "especificador relacionado a tique" para o transtorno obsessivo-compulsivo também foi acrescentado porque a presença de um transtorno de tique comórbido pode ter implicações clínicas importantes. Um especificador de "dismorfia muscular" para o **transtorno dismórfico corporal** é acrescentado para refletir uma literatura crescente sobre a validade diagnóstica e a utilidade clínica de fazer essa distinção em indivíduos com transtorno

dismórfico corporal. A variante delirante do transtorno dismórfico corporal (que identifica indivíduos que estão completamente convencidos de que seus defeitos ou falhas percebidos têm aparência verdadeiramente anormal) não é mais codificada como transtorno delirante, tipo somático, e transtorno dismórfico corporal; no DSM-5, essa apresentação é designada somente como transtorno dismórfico corporal com o especificador *insight* ausente/crenças delirantes. Os indivíduos também podem ser diagnosticados com **outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado**, que pode incluir condições como transtorno do comportamento repetitivo focado no corpo e ciúme obsessivo, ou **transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado.**

Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores

Para um diagnóstico de **transtorno de estresse agudo**, os eventos traumáticos qualificadores são agora explícitos quanto a se são experimentados diretamente, testemunhados ou experimentados indiretamente. Além disso, o Critério A2 do DSM-IV referente à reação subjetiva ao evento traumático (p. ex., experimentar "medo, impotência ou horror") foi eliminado. Os **transtornos de adaptação** são reconceitualizados como um leque heterogêneo de síndromes de resposta ao estresse que ocorrem após a exposição a um evento ansiogênico (traumático ou não traumático), em vez de uma categoria residual para indivíduos que exibem sofrimento clinicamente significativo, mas cujos sintomas não satisfazem os critérios para um transtorno mais específico (como no DSM-IV).

Os critérios do DSM-5 para **TEPT** diferem significativamente dos critérios do DSM-IV. O critério do estressor (Critério A) é mais explícito no que se refere aos eventos que se qualificam como experiências "traumáticas". Além disso, o Critério A2 do DSM-IV (reação subjetiva) foi eliminado. Enquanto havia três dimensões de sintomas no DSM-IV – revivência, evitação/entorpecimento e excitabilidade aumentada –, existem agora quatro grupos de sintomas no DSM-5, porque o grupo da evitação/entorpecimento está dividido em dois grupos distintos: evitação e alterações negativas persistentes nas cognições e no humor. Esta última categoria, que conserva a maior parte dos sintomas de entorpecimento do DSM-IV, também inclui sintomas novos ou reconceitualizados, como os estados emocionais negativos persistentes. O grupo final – alterações na excitabilidade e reatividade – conserva a maior parte dos sintomas de excitabilidade aumentada do DSM-IV. Também inclui comportamento irritável ou explosões de raiva e comportamento indiferente ou autodestrutivo. O TEPT é agora sensível ao nível de desenvolvimento, na medida em que os limiares diagnósticos foram diminuídos para crianças e adolescentes. Além disso, critérios separados foram acrescentados para crianças de menos de 6 anos com esse transtorno.

O diagnóstico na infância de transtorno de apego reativo do DSM-IV tinha dois subtipos: inibido e desinibido. No DSM-5, esses subtipos são definidos como transtornos distintos: **transtorno de apego reativo** e **transtorno de interação social desinibida.**

Transtornos Dissociativos

As principais modificações nos transtornos dissociativos no DSM-5 incluem as seguintes: 1) a desrealização é inclusa no nome e na estrutura de sintomas do que era previamente chamado de transtorno de despersonalização (**transtorno de despersonalização/desrealização**); 2) fuga dissociativa é agora um especificador da **amnésia dissociativa** em vez de um diagnóstico separado; e 3) os critérios para **transtorno dissociativo de identidade** foram modificados para indicar que os sintomas de ruptura da identidade podem ser relatados e também observados e que lacunas na lembrança de eventos podem ocorrer no dia a dia, e não apenas nos eventos traumáticos. Além disso, experiências de possessão patológica em algumas culturas são inclusas na descrição de ruptura da identidade.

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados

No DSM-5, os transtornos somatoformes são agora referidos como **transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados.** A classificação do DSM-5 reduz o número desses transtornos e subcategorias

para evitar sobreposição problemática. Os diagnósticos de transtorno de somatização, hipocondria, transtorno doloroso e transtorno somatoforme indiferenciado foram removidos. Os indivíduos previamente diagnosticados com transtorno de somatização em geral terão sintomas que irão satisfazer os critérios do DSM-5 para **transtorno de sintomas somáticos**, mas somente se eles tiverem os pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos que definem o transtorno, além dos seus sintomas somáticos. Como a distinção entre o transtorno de somatização e o transtorno somatoforme indiferenciado foi arbitrária, eles estão fundidos no DSM-5 como transtorno de sintomas somáticos. Os indivíduos previamente diagnosticados com hipocondria que têm alta ansiedade acerca da saúde, mas nenhum sintoma somático, receberiam um diagnóstico no DSM-5 de **transtorno de ansiedade de doença** (a menos que sua ansiedade acerca da saúde fosse mais bem explicada por um transtorno de ansiedade primário, como o transtorno de ansiedade generalizada). Alguns indivíduos com dor crônica seriam apropriadamente diagnosticados como tendo transtorno de sintomas somáticos, com dor predominante. Para outros, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas ou um transtorno de adaptação seriam mais apropriados.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é um novo transtorno mental no DSM-5, anteriormente listado no capítulo do DSM-IV "Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Clínica". Esse transtorno e o **transtorno factício** estão inclusos no transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados porque os sintomas somáticos são predominantes nos dois transtornos e ambos são encontrados mais frequentemente em contextos médicos. As variantes dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas são removidas em favor do diagnóstico-chave. Os critérios para **transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)** foram modificados para enfatizar a importância essencial do exame neurológico e em reconhecimento de que os fatores psicológicos relevantes podem não ser demonstráveis no momento do diagnóstico. Outro transtorno de sintomas somáticos especificado, outro transtorno de ansiedade de doença especificado e pseudociese são, agora, os únicos exemplares da classificação de **outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado**.

Transtornos Alimentares

Devido à eliminação do capítulo do DSM-IV-TR "Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência", esse capítulo descreve vários transtornos encontrados na seção do DSM-IV "Transtornos da Alimentação da Primeira Infância", tais como **pica** e **transtorno de ruminação**. A categoria do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância foi renomeada como **transtorno alimentar restritivo/evitativo,** e os critérios estão significativamente ampliados. Os critérios diagnósticos essenciais para **anorexia nervosa** estão conceitualmente inalterados em relação ao DSM-IV, com uma exceção: a exigência de amenorreia está eliminada. Como no DSM-IV, os indivíduos com esse transtorno precisam estar, segundo o Critério A, com um peso corporal significativamente baixo para seu estágio do desenvolvimento. A redação do critério está modificada para maior clareza, e é apresentada no texto uma orientação referente a como julgar se um indivíduo está no peso ou significativamente abaixo dele. No DSM-5, o Critério B é ampliado para incluir não só o medo claramente expresso de ganho de peso como também o comportamento persistente que interfere no ganho de peso. A única modificação nos critérios do DSM-IV para **bulimia nervosa** é uma redução na frequência média mínima de compulsão alimentar e do comportamento compensatório inapropriado de duas para uma vez por semana. A pesquisa extensa que se seguiu à divulgação dos critérios preliminares para o **transtorno de compulsão alimentar** no Apêndice B do DSM-IV documentou a utilidade e a validade clínicas desse transtorno. A única diferença significativa dos critérios preliminares é que a frequência média mínima de episódios de compulsão alimentar requerida para diagnóstico é de uma vez por semana durante os últimos três meses, idêntica ao critério de frequência para a bulimia nervosa (em vez de pelo menos dois dias por semana durante seis meses, no DSM-IV).

Transtornos da Eliminação

Não houve modificações significativas nessa classe diagnóstica do DSM-IV para o DSM-5. Os transtornos desse capítulo foram anteriormente classificados como transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência no DSM-IV e existem agora como uma classificação independente no DSM-5.

Transtornos do Sono-Vigília

No DSM-5, os diagnósticos do DSM-IV denominados transtornos do sono relacionados a outro transtorno mental e transtorno do sono devido a uma condição médica geral foram removidos, e em seu lugar é fornecida maior especificação das condições coexistentes para cada transtorno do sono-vigília. O diagnóstico de insônia primária foi renomeado como **transtorno de insônia** para evitar a diferenciação entre insônia primária e secundária. O DSM-5 também distingue a **narcolepsia** – agora que se sabe que está associada à deficiência de hipocretina – de outras formas de hipersonolência (transtorno de hipersonolência). Por fim, ao longo da classificação do DSM-5 dos transtornos do sono-vigília, os critérios pediátricos e desenvolvimentais e o texto são integrados onde a ciência existente e as considerações da utilidade clínica o permitem. Os **transtornos do sono relacionados à respiração** são divididos em três transtornos relativamente distintos: apneia e hipopneica obstrutivas do sono, apneia central do sono e hipoventilação relacionada ao sono. Os subtipos de **transtornos do ritmo circadiano do sono** são ampliados para incluir o tipo fase do sono avançada e o tipo sono-vigília irregular, enquanto o tipo *jet lag* foi removido. O uso dos diagnósticos anteriores "sem outra especificação" no DSM-IV foi reduzido pela promoção do **transtorno comportamental do sono REM** e da **síndrome das pernas inquietas** a transtornos independentes.

Disfunções Sexuais

No DSM-5, foram acrescentadas algumas disfunções sexuais específicas do gênero, e, para indivíduos do sexo feminino, os transtornos do desejo e excitação sexuais foram combinados em um único transtorno: **transtorno do interesse/excitação sexual feminino**. Todas as disfunções sexuais (exceto **disfunção sexual induzida por substância/medicamento**) requerem agora uma duração mínima de aproximadamente seis meses e critérios de gravidade mais precisos. O **transtorno da dor gênito-pélvica/penetração** foi acrescentado ao DSM-5 e representa uma fusão do vaginismo e da dispareunia, os quais eram altamente comórbidos e difíceis de distinguir. O diagnóstico de transtorno de aversão sexual foi removido devido ao seu uso raro e à ausência de pesquisas que o apoiem.

Existem agora apenas dois subtipos de disfunções sexuais: **ao longo da vida** *versus* **adquirido** e **generalizado** *versus* **situacional**. Para indicar a presença e o grau dos correlatos médicos e outros correlatos não médicos, as seguintes **características associadas** foram acrescentadas ao texto: fatores do parceiro, fatores do relacionamento, fatores de vulnerabilidade individual, fatores culturais e religiosos e fatores médicos.

Disforia de Gênero

Disforia de gênero é uma nova classe diagnóstica no DSM-5 e reflete uma modificação na conceitualização das características definidoras do transtorno, enfatizando o fenômeno de "incongruência de gênero" em vez da identificação transgênero *per se*, como era o caso no transtorno de identidade de gênero no DSM-IV. A disforia de gênero inclui conjuntos de critérios separados: para crianças e para adultos e adolescentes. Para os critérios de adolescentes e adultos, o Critério A prévio (identificação transgênero) e o Critério B (aversão ao próprio gênero) estão fundidos. Na redação do critério, "o outro sexo" é substituído por "o outro gênero" (ou "algum gênero alternativo"). *Gênero*, em vez de *sexo*, é usado sistematicamente porque o conceito de "sexo" é inadequado quando se refere a indivíduos com um transtorno do desenvolvimento sexual. Nos critérios para crianças, "forte desejo de pertencer ao outro gênero" substitui o antigo "desejo repetidamente afirmado de pertencer... ao outro sexo" para capturar a situação de algumas crianças que, em um ambiente coercitivo, podem não verbalizar o desejo de pertencer ao outro gênero. Para crianças, o Critério A1 ("forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro...") é agora necessário (mas não suficiente), o que torna o diagnóstico mais restritivo e conservador. A divisão em subtipos com base na orientação sexual é removida porque a distinção não é mais considerada clinicamente útil. Foi acrescentado um **especificador pós-transição** para identificar os indivíduos que se submeteram a pelo menos um procedimento ou tratamento médico para favorecer a atribuição do novo gênero (p. ex., tratamento com hormônios transexuais). Embora o conceito de pós-transição seja modelado no conceito de remissão completa ou parcial, o termo *remissão* apresenta implicações em termos da redução de sintomas que não se aplicam diretamente à disforia de gênero.

Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta

O capítulo "Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta" é novo no DSM-5 e combina transtornos que foram previamente inclusos no capítulo "Transtornos Diagnosticados Inicialmente na Primeira Infância ou Adolescência" (i.e., transtorno desafiador de oposição; transtorno da conduta; e transtorno do comportamento disruptivo sem outra especificação, agora classificados como transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta especificados e não especificados) e no capítulo "Transtornos do Controle de Impulsos Não Classificados em Outro Local" (i.e., transtorno explosivo intermitente, piromania e cleptomania). Esses transtornos são todos caracterizados por problemas no autocontrole emocional e comportamental. Notadamente, o TDAH é com frequência comórbido com os transtornos desse capítulo, mas está listado com os transtornos do neurodesenvolvimento. Devido a sua íntima associação com o transtorno da conduta, o transtorno da personalidade antissocial está listado tanto nesse capítulo quanto no capítulo "Transtornos da Personalidade", no qual está descrito em detalhes.

Os critérios para o **transtorno de oposição desafiante** estão agora agrupados em três tipos: humor irritado/irritável, comportamento argumentativo/desafiador e vingativo. Além disso, foi removido o critério de exclusão para transtorno da conduta. Os critérios para **transtorno da conduta** incluem um especificador de características descritivas para os indivíduos que preenchem todos os critérios para o transtorno, mas também apresentam **emoções pró-sociais limitadas.** A modificação principal no **transtorno explosivo intermitente** está no tipo de explosões de agressividade que deve ser considerado: o DSM-IV requeria agressão física, enquanto no DSM-5 a agressão verbal e a agressão física não destrutiva/não prejudicial também satisfazem os critérios. O DSM-5 também fornece critérios mais específicos definindo a frequência necessária para satisfazer os critérios e especifica que as explosões de agressividade são impulsivas e/ou baseadas na raiva por natureza e devem causar sofrimento acentuado, comprometimento no funcionamento profissional ou interpessoal ou estar associadas a consequências negativas financeiras ou legais. Além disso, uma idade mínima de 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente) é agora exigida.

Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos

Um ponto de partida importante com relação aos manuais diagnósticos passados é que o capítulo sobre os transtornos relacionados a substâncias foi ampliado para incluir o **transtorno do jogo.** Outra modificação importante é que o DSM-5 não separa os diagnósticos de *abuso* e *dependência* de substância do DSM-IV. Em vez disso, são oferecidos critérios para **transtorno por uso de substância**, acompanhados por critérios para intoxicação, abstinência, transtornos induzidos por substâncias e transtornos relacionados a substâncias não especificados, quando relevante. Dentro dos transtornos por uso de substância, o critério do DSM-IV de problemas legais recorrentes relacionados a substâncias foi removido do DSM-5, e um novo critério – fissura, ou um forte desejo ou necessidade de usar uma substância – foi acrescentado. Além disso, o limiar para o diagnóstico do transtorno por uso de substância no DSM-5 é estabelecido em dois ou mais critérios, em contraste com um limiar de um ou mais critérios para o diagnóstico de abuso de substância no DSM-IV e de três ou mais critérios para dependência no DSM-IV. **Abstinência de *Cannabis*** e **abstinência de cafeína** são transtornos novos (este último estava no Apêndice B do DSM-IV, "Conjuntos de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais").

A **gravidade** dos transtornos por uso de substância no DSM-5 é baseada no número de critérios preenchidos. O especificador do DSM-IV para um subtipo fisiológico está eliminado do DSM-5, assim como o diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias do DSM-IV. Remissão inicial de um transtorno por uso de substância do DSM-5 é definida por ao menos 3, porém menos de 12 meses sem preencher os critérios para o transtorno por uso de substância (exceto fissura), e remissão sustentada é definida por ao menos 12 meses sem preencher os critérios (exceto fissura). Novos especificadores adicionais do DSM-5 incluem **"em ambiente protegido"** e **"em terapia de manutenção"**, conforme a situação justificar.

Transtornos Neurocognitivos

Os diagnósticos do DSM-IV de demência e transtorno amnésico são incluídos sob a entidade recentemente denominada **transtorno neurocognitivo maior (TNM).** O termo *demência* não é excluso do uso nos subtipos etiológicos, em que esse termo é padrão. Além disso, o DSM-5 agora reconhece um nível menos grave de comprometimento cognitivo, **TNM leve**, o qual é um novo transtorno que permite o diagnóstico de síndromes menos incapacitantes que podem, no entanto, ser foco de preocupação e tratamento. São fornecidos critérios diagnósticos para esses dois transtornos, seguidos pelos critérios diagnósticos para **subtipos etiológicos** diferentes. No DSM-IV, foram designados diagnósticos individuais para demência do tipo Alzheimer, demência vascular e demência induzida por substância, enquanto os outros transtornos neurodegenerativos foram classificados como demência devido a outra condição médica, com HIV, traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob e outras condições médicas especificadas. No DSM-5, o TNM maior ou leve devido a doença de Alzheimer e o TNM maior ou leve vascular foram mantidos, enquanto novos critérios separados são agora apresentados para TNM maior ou leve frontotemporal, TNM com corpos de Lewy e TNMs devidos a lesão cerebral traumática, substância/medicamento, infecção por HIV, doença por príon, doença de Parkinson, doença de Huntington, outra condição médica e etiologias múltiplas, respectivamente. TNM não especificado também está incluso como um diagnóstico.

Transtornos da Personalidade

Os critérios para transtornos da personalidade na Seção II do DSM-5 não se modificaram em relação ao DSM-IV. Uma abordagem alternativa para o diagnóstico de transtornos da personalidade foi desenvolvida para o DSM-5 para estudo adicional e pode ser encontrada na Seção III (ver "Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade"). Para os **critérios gerais para transtorno da personalidade**, apresentados na Seção III, foi desenvolvido um critério revisado do funcionamento da personalidade (Critério A) com base em uma revisão da literatura de medidas clínicas confiáveis de prejuízos centrais para a patologia da personalidade. Um diagnóstico de **transtorno da personalidade – especificado pelo traço**, baseado no prejuízo moderado ou mais grave no funcionamento da personalidade e na presença de traços de personalidade patológicos, substitui o transtorno da personalidade sem outra especificação e fornece um diagnóstico muito mais informativo para indivíduos que não são idealmente descritos como tendo um transtorno da personalidade específico. Uma ênfase maior no funcionamento da personalidade e em critérios baseados nos traços aumenta a estabilidade e as bases empíricas dos transtornos. O **funcionamento da personalidade** e os **traços de personalidade** também podem ser avaliados, o indivíduo tendo ou não um transtorno da personalidade – uma característica que fornece informações clinicamente úteis sobre todos os indivíduos.

Transtornos Parafílicos

Uma modificação abrangente do DSM-IV é a adição dos especificadores de curso **"em ambiente protegido"** e **"em remissão completa"** aos conjuntos de critérios diagnósticos para todos os transtornos parafílicos. Esses especificadores são acrescentados para indicar modificações importantes no *status* de um indivíduo. No DSM-5, as parafilias não são transtornos mentais *ipso facto*. Existe uma distinção entre parafilias e transtornos parafílicos. Um *transtorno parafílico* é uma parafilia que atualmente está causando sofrimento ou comprometimento ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implicou dano pessoal, ou risco de dano, a outras pessoas. Uma parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente, para ter um transtorno parafílico, e uma parafilia por si só não justifica ou requer automaticamente intervenção clínica. A **distinção entre parafilias e transtornos parafílicos** foi implementada sem que fosse feita nenhuma mudança na estrutura básica dos critérios diagnósticos como eles existiam desde o DSM-III-R. A modificação proposta para o DSM-5 é a de que os indivíduos que satisfazem o Critério A e o Critério B sejam agora diagnosticados como tendo um transtorno parafílico. Não seria dado um diagnóstico aos indivíduos cujos sintomas satisfazem o Critério A, mas não o Critério B – ou seja, aos indivíduos que têm uma parafilia, mas não um transtorno parafílico.

Glossário de Termos Técnicos

adição(ões) a não substância Transtorno comportamental (também denominado *adição comportamental*) não relacionado a nenhuma substância de abuso, mas que compartilha algumas características com a adição induzida por substância.

afetividade negativa Experiências frequentes e intensas de altos níveis de uma ampla faixa de emoções negativas (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência). A Afetividade Negativa é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos definidos na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade".

afeto Um padrão de comportamentos observáveis que expressa um estado emocional subjetivamente vivenciado (emoção). Exemplos de afeto incluem tristeza, euforia e raiva. Diferentemente de *humor*, que se refere a um "clima" emocional difuso e constante, *afeto* refere-se a alterações mais flutuantes no "clima" emocional. O que é considerado a faixa normal da expressão do afeto varia consideravelmente, tanto dentro quanto entre as diferentes culturas. As perturbações no afeto incluem

embotado Redução significativa da intensidade da expressão emocional.

inadequado Discordância entre a expressão afetiva e o conteúdo do discurso ou das ideias.

lábil Variabilidade anormal do afeto com mudanças repetidas, rápidas e abruptas na expressão do afeto.

plano Ausência ou quase ausência de quaisquer sinais de expressão afetiva.

restrito ou constrito Leve redução na abrangência e intensidade da expressão emocional.

afeto restrito Pouca reação a situações emocionalmente excitantes; experiência e expressão emocionais constritas; indiferença e distanciamento em situações geralmente atraentes. O afeto restrito é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

agitação psicomotora Atividade motora excessiva associada a um sentimento de tensão interna. A atividade é geralmente improdutiva e repetitiva e consiste em comportamentos como vaguear, remexer-se, torcer as mãos, puxar as roupas e incapacidade de ficar sentado quieto.

agnosia Perda da capacidade de reconhecer objetos, pessoas, sons, formas ou odores que ocorre na ausência de prejuízo do sentido específico ou perda significativa da memória.

alogia Empobrecimento do pensamento inferido pela observação da fala e do comportamento relativo à linguagem. As respostas a perguntas podem ser breves e concretas, e a quantidade de fala espontânea pode ser restrita (denominada *pobreza da fala*). Às vezes, a fala é adequada em quantidade, mas transmite poucas informações por ser excessivamente concreta, abstrata, repetitiva ou estereotipada (denominada *pobreza do conteúdo*).

LETRAS MAIÚSCULAS indicam termos encontrados em outro lugar neste glossário. As definições do glossário foram informadas pelos Grupos de Trabalho do DSM-5, por fontes da internet publicamente disponíveis e por glossários para transtornos mentais anteriormente publicados (Organização Mundial da Saúde e American Psychiatric Association).

alucinação Experiência semelhante a uma percepção que apresenta a clareza e o impacto de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. As alucinações devem ser diferenciadas das ILUSÕES, nas quais um estímulo externo real é percebido erroneamente ou mal interpretado. A pessoa pode ter ou não ter *insight* para a natureza inverídica da alucinação. Um indivíduo com alucinações pode reconhecer que está tendo uma falsa experiência sensorial, enquanto outro pode estar convicto de que a experiência está baseada na realidade. O termo *alucinação* não se aplica costumeiramente às falsas percepções que ocorrem durante os sonhos enquanto o indivíduo adormece (*hipnagógicas*) ou quando desperta (*hipnopômpicas*). Experiências alucinatórias transitórias podem ocorrer em pessoas sem um transtorno mental.

- **auditiva** Alucinação envolvendo a percepção de sons, mais habitualmente vozes.
- **congruente com o humor** *Ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES COM O HUMOR.
- **geométrica** Alucinações visuais envolvendo formas geométricas como túneis e funis, espirais, treliças ou teias de aranha.
- **gustativa** Alucinação envolvendo a percepção de paladar (geralmente desagradável).
- **incongruente com o humor** *Ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS INCONGRUENTES COM O HUMOR.
- **olfativa** Alucinação envolvendo a percepção de odor, tal como de borracha queimada ou de peixe em decomposição.
- **somática** Alucinação envolvendo a percepção de uma experiência física localizada dentro do corpo (p. ex., uma sensação de eletricidade). Uma alucinação somática deve ser distinguida de sensações físicas que surgem de uma condição médica geral ainda não diagnosticada, da preocupação hipocondríaca com sensações físicas normais ou de uma alucinação tátil.
- **tátil** Alucinação envolvendo a percepção de toque ou da presença de algo sob a pele. As alucinações táteis mais comuns envolvem a sensação de choques elétricos e formigamento (a sensação de algo rastejando sobre ou sob a pele).
- **visual** Alucinação envolvendo a visão, que pode consistir de imagens com forma, como pessoas, ou de imagens sem forma, como lampejos de luz. As alucinações visuais devem ser diferenciadas das ILUSÕES, que são percepções errôneas de estímulos externos reais.

amnésia Incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes que é inconsistente com o esquecimento comum.

anedonia Ausência de prazer, envolvimento ou energia para as experiências da vida; déficits na capacidade de sentir prazer e de se interessar pelas coisas. A anedonia é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

anosognosia Condição na qual uma pessoa com uma doença parece não ter conhecimento da existência desta.

ansiedade Antecipação apreensiva de perigo ou desgraça futuros acompanhada por um sentimento de preocupação, sofrimento e/ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo.

ansiosidade Sentimentos de nervosismo ou tensão em reação a diversas situações; preocupação frequente quanto aos efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentimento de medo e apreensão relacionado à incerteza; expectativa de que aconteça o pior. A ansiosidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

antagonismo Comportamentos que colocam um indivíduo em conflito com outras pessoas, como um sentimento exagerado da própria importância com uma concomitante expectativa de tratamento especial, bem como uma antipatia insensível em relação aos outros, abrangendo o desconhecimento das necessidades e sentimentos dos outros e uma disposição para usar as

pessoas a serviço do próprio crescimento. O antagonismo é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE amplos definidos na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade".

ataques de pânico Períodos definidos de início súbito de intenso medo ou terror, frequentemente associado a sensações de catástrofe iminente. Durante esses ataques, ocorrem sintomas como falta de ar ou sensações de sufocamento; palpitações ou taquicardia; dor ou desconforto torácico; asfixia; e medo de ficar louco ou de perder o controle. Os ataques de pânico podem ser inesperados, nos quais o início do ataque não está associado a um desencadeante óbvio e ocorre "vindo do nada", ou pode ser esperado, no qual o ataque de pânico está associado a um desencadeante óbvio, tanto interno quanto externo.

atenção Capacidade de concentrar-se de modo estável em um estímulo ou em uma atividade particular. Uma perturbação da atenção pode ser manifestada por fácil DISTRATIBILIDADE ou dificuldade em terminar as tarefas ou concentrar-se no trabalho.

autodirecionamento, autodireção Busca de objetivos de vida coerentes e significativos de curto e longo prazos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorrefletir produtivamente.

autoginefilia Excitação sexual de um indivíduo do sexo masculino com a ideia ou imagem de ser uma mulher.

avidez por alimentos específicos Desejo irresistível por tipos especiais de alimentos.

avolia Incapacidade de iniciar e persistir em atividades direcionadas para um objetivo. Quando suficientemente grave para ser considerada patológica, a avolia é difusa e impede que a pessoa conclua muitos tipos diferentes de atividades (p. ex., trabalho, objetivos intelectuais, cuidados pessoais).

busca de atenção Envolvimento em comportamento concebido para atrair a atenção e tornar-se foco da atenção e admiração dos outros. A busca de atenção é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

características psicóticas Aspectos caracterizados por delírios, alucinações e transtorno do pensamento formal.

características psicóticas congruentes com o humor Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente consistente com temas típicos de um humor deprimido ou maníaco. Se o humor é deprimido, o conteúdo dos delírios ou alucinações envolve temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. O conteúdo do delírio pode incluir temas de perseguição caso estes estejam baseados em conceitos autodepreciativos, tais como punição merecida. Se o humor é maníaco, o conteúdo dos delírios ou alucinações envolve temas de exaltação do próprio valor, poder, conhecimento ou identidade ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa. O conteúdo do delírio pode incluir temas de perseguição caso estes estejam baseados em conceitos como exagerar o valor ou merecer castigo.

características psicóticas incongruentes com o humor Delírios ou alucinações cujo conteúdo não é consistente com os temas típicos de um humor deprimido ou maníaco. No caso da depressão, os delírios ou alucinações não envolvem temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou merecer castigo. No caso da mania, os delírios ou alucinações não envolvem temas de exaltação do próprio valor, poder, conhecimento ou identidade ou um relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

careta (fazer caretas) Expressões faciais estranhas e inadequadas não relacionadas à situação (conforme visto em indivíduos com catatonia).

catalepsia Indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade. Comparar com FLEXIBILIDADE CÉREA.

cataplexia Episódios de perda bilateral súbita do tônus muscular resultando em queda do indivíduo, frequentemente em associação com intensas emoções, tais como riso, raiva, medo ou surpresa.

ciclagem rápida Termo que se refere ao transtorno bipolar, caracterizado pela presença de pelo menos quatro episódios de humor nos 12 meses anteriores que satisfazem os critérios para um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior. Os episódios são demarcados por remissões parciais ou completas de pelo menos dois meses ou por uma mudança para um episódio da polaridade oposta (p. ex., de um episódio depressivo maior para um episódio maníaco). O especificador da ciclagem rápida pode ser aplicado ao transtorno bipolar tipo I ou bipolar tipo II.

coma Estado de perda completa da consciência.

compulsão Comportamentos (p. ex., lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (p. ex., rezar, contar, repetir palavras em silêncio) repetitivos que o indivíduo se sente impelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais visam impedir ou reduzir ansiedade ou sofrimento ou impedir algum evento ou situação temida; no entanto, esses comportamentos ou atos mentais não estão conectados de um modo realista com aquilo que se propõem neutralizar ou impedir ou são claramente excessivos.

condição intersexuais Condição na qual os indivíduos apresentam indicadores biológicos conflitantes ou ambíguos de sexo.

crenças e experiências incomuns Crença de que a pessoa tem habilidades incomuns, tais como leitura da mente, telecinesia ou FUSÃO PENSAMENTO-AÇÃO; experiências incomuns de realidade, incluindo experiências alucinatórias. Em geral, as crenças incomuns não são mantidas no mesmo nível de convicção dos DELÍRIOS. As crenças e experiências incomuns são uma faceta do domínio do traço de personalidade PSICOTICISMO.

delírio Falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa que é firmemente mantida não obstante o que quase todo mundo acredita e apesar de provas incontestáveis e óbvias em contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i.e., ela não é parte da fé religiosa). Quando uma falsa crença envolve um juízo de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é tão extremo a ponto de desafiar a credibilidade. A convicção delirante pode às vezes ser inferida a partir de uma ideia supervalorizada (situação na qual o indivíduo tem uma crença ou ideia irracional, mas não a sustenta tão firmemente como ocorre em um delírio). Os delírios são subdivididos de acordo com seu conteúdo. Os tipos mais comuns são listados a seguir:

bizarro Delírio que envolve um fenômeno que a cultura da pessoa consideraria fisicamente impossível.

ciúme delirante Delírio de que o parceiro sexual é infiel.

congruente com o humor *Ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES COM O HUMOR.

de referência Delírio em que fatos, objetos ou outras pessoas ao redor são percebidos como tendo um significado particular e incomum. Esses delírios são geralmente de conteúdo negativo ou pejorativo, mas também podem ser grandiosos. Um delírio de referência difere de uma *ideia de referência*, na qual a falsa crença não é mantida tão firmemente nem é organizada tão completamente como uma verdadeira crença.

de ser controlado Delírio no qual sentimentos, impulsos, pensamentos ou ações são vivenciados como estando sob o controle de alguma força externa em vez de estarem sob o controle do próprio indivíduo.

erotomaníaco Delírio de que outra pessoa, geralmente de posição mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo.

grandioso Delírio de valor, poder, conhecimento ou identidade inflados ou de ter um relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

incongruente com o humor *Ver* CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS INCONGRUENTES COM O HUMOR.

inserção de pensamentos Delírio de que certos pensamentos não são seus, mas estão inseridos em sua mente.

irradiação do pensamento Delírio de que os próprios pensamentos estão sendo transmitidos em voz alta, de modo que podem ser percebidos por outros.

persecutório Delírio no qual o tema central é de que o indivíduo (ou alguém próximo a ele) está sendo atacado, perseguido, trapaceado, assediado ou vítima de uma conspiração.

somático Delírio cujo conteúdo principal diz respeito à aparência ou ao funcionamento do próprio corpo.

tipo misto Delírios de mais de um tipo (p. ex., EROTOMANÍACO, GRANDIOSO, PERSECUTÓRIO, SOMÁTICO) nos quais não predomina nenhum tema.

desconfiança Expectativas de – e sensibilidade a – sinais de má intenção ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado e/ou perseguido pelos outros. A desconfiança é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

designação de gênero A designação inicial como masculino ou feminino, que comumente ocorre ao nascimento e é posteriormente referida como "gênero de nascimento".

desinibição Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo motivado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem consideração pelo aprendizado passado ou pelas consequências futuras. O PERFECCINISMO RÍGIDO, o polo oposto desse domínio, reflete restrição excessiva dos impulsos, evitação do risco, excesso de responsabilidade, perfeccionismo excessivo e comportamento rígido, governado por regras. A desinibição é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos definidos na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade".

desorientação Confusão acerca da hora, do dia da semana, da data ou da estação do ano (tempo); do local onde o indivíduo está (lugar); ou de quem ele próprio é (pessoa).

despersonalização Sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo, dos próprios processos mentais, corpo ou ações (p. ex., sentir-se como em um sonho; um sentimento de irrealidade de si mesmo, alterações perceptivas; anestesia emocional e/ou física; distorções temporais; sentimento de irrealidade).

desrealização Sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo, do ambiente ao seu redor (p. ex., os indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, sem vida ou distorcidos visualmente).

desregulação cognitiva e perceptiva Processos de pensamento e experiências estranhas ou incomuns, incluindo DESPERSONALIZAÇÃO, DESREALIZAÇÃO e DISSOCIAÇÃO; experiências mistas do estado de sono-vigília; e experiências de controle do pensamento. A desregulação cognitiva e perceptiva é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade PSICOTICISMO.

disartria Transtorno da produção do som da fala devido a prejuízo estrutural ou motor que afeta o aparelho articulatório. Tais transtornos incluem palato fendido, transtornos musculares, transtornos dos nervos cranianos e paralisia cerebral afetando estruturas bulbares (i.e., transtornos dos neurônios motores inferiores e superiores).

discinesia Distorção dos movimentos voluntários, com atividade muscular involuntária.

disforia (humor disfórico) Condição em que uma pessoa vivencia sentimentos intensos de depressão, insatisfação e, em alguns casos, indiferença com o mundo à sua volta.

disforia de gênero Sofrimento que acompanha a incongruência entre o gênero vivenciado e expresso e o gênero designado ou de nascimento.

dissociação A cisão de grupos de conteúdos mentais da percepção consciente. A dissociação é um mecanismo central dos transtornos dissociativos. O termo também é usado para descrever a separação de uma ideia do seu significado emocional e do afeto, conforme visto no afeto inadequado na esquizofrenia. Frequentemente resultado de um trauma psíquico, a dissociação pode permitir que o indivíduo mantenha lealdade a duas verdades contraditórias, ao mesmo tempo que permanece inconsciente da contradição. Uma manifestação extrema de dissociação é o transtorno dissociativo de identidade, no qual uma pessoa pode exibir várias personalidades independentes, cada uma sem o conhecimento das outras.

dissonias Transtornos primários do sono ou vigília, caracterizados por INSÔNIA ou HIPERSONIA como sintoma principal. As dissonias são transtornos na quantidade, na qualidade ou no tempo de sono. Comparar com PARASSONIAS.

distanciamento Evitação de experiência socioemocional, incluindo RETRAIMENTO das interações interpessoais (variando de interações casuais e cotidianas até amizades e relacionamentos íntimos [i.e., EVITAÇÃO DA INTIMIDADE]) e AFETO RESTRITO, particularmente capacidade limitada de sentir prazer. O distanciamento é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos definidos na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade".

distimia Presença, enquanto deprimido, de dois ou mais dos seguintes sintomas: 1) pouco apetite ou apetite excessivo, 2) insônia ou hipersonia, 3) baixa energia ou fadiga, 4) baixa autoestima, 5) dificuldade de concentração ou dificuldade de tomar decisões ou 6) sentimentos de desesperança.

distonia Alteração do tônus muscular.

distratibilidade Dificuldade de manter a concentração e de focar nas tarefas; a atenção é facilmente distraída por estímulos externos; dificuldade de manter comportamento focado nos objetivos, incluindo planejamento e conclusão de tarefas. A distratibilidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

domínios de traços de personalidade Na taxonomia dimensional da Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade", os traços de personalidade são organizados em cinco domínios amplos: AFETIVIDADE NEGATIVA, DISTANCIAMENTO, ANTAGONISMO, DESINIBIÇÃO e PSICOTICISMO. Dentro desses cinco domínios amplos de traços, estão 25 facetas dos traços de personalidade (p. ex., IMPULSIVIDADE, PERFECCIONISMO RÍGIDO).

ecolalia Repetição patológica, tipo papagaio, e aparentemente sem sentido ("fazer eco") de uma palavra ou frase recém-falada por outra pessoa.

ecopraxia Imitação dos movimentos de outra pessoa.

embotamento afetivo *Ver* AFETO.

empatia Compreensão e apreciação das vivências e motivações dos outros; tolerância de perspectivas diferentes; entendimento dos efeitos do próprio comportamento nos outros.

episódio (episódico) Duração de tempo especificada durante a qual o paciente desenvolveu ou experimentou sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos para um determinado transtorno mental. Dependendo do tipo de transtorno mental, *episódio* pode denotar um determinado número de sintomas ou uma gravidade ou frequência especificada de sintomas. Os episódios podem ser diferenciados, ainda, como um episódio único (primeiro) ou uma recorrência ou recaída de múltiplos episódios, quando apropriado.

estereotipias, comportamentos/movimentos estereotipados Movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não direcionados para um objetivo, e comportamento motor não funcional aparentemente motivado (p. ex. apertar as mãos ou abanar, balançar o corpo, bater a cabeça, morder-se).

estresse Padrão de respostas específicas e não específicas que uma pessoa dá a eventos/estímulos que perturbam seu equilíbrio e sobrecarregam ou excedem sua capacidade de enfrentamento.

estressor Qualquer fator emocional, físico, social, econômico ou outro que perturba o equilíbrio fisiológico, cognitivo, emocional ou comportamental normal de um indivíduo.

estressor psicológico Qualquer evento vital ou mudança na vida que pode estar associado temporalmente (e talvez causalmente) ao início, à ocorrência ou à exacerbação de um transtorno mental.

estressor traumático Qualquer evento (ou eventos) que pode causar ou representar ameaça de morte, lesão séria ou violência sexual a um indivíduo, um membro da família próximo ou um amigo íntimo.

estupor Ausência de atividade psicomotora, que pode variar de uma relação não ativa com o ambiente até a completa imobilidade.

euforia Condição mental e emocional na qual uma pessoa experimenta sentimentos intensos de bem-estar, euforia, felicidade, excitação e alegria.

evitação Ato de manter-se afastado de circunstâncias relacionadas a estresse; uma tendência a driblar sinais, atividades e situações que relembram o indivíduo de um acontecimento estressante vivenciado.

evitação da intimidade Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relações sexuais íntimas. A evitação da intimidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

excentricidade Comportamento, aparência e/ou fala estranha, incomum ou bizarra, com pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns ou inadequadas. A excentricidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade PSICOTICISMO.

excitação Estado fisiológico e psicológico de estar vigilante ou reativo aos estímulos.

experiência de gênero As maneira únicas e pessoais por meio das quais os indivíduos vivenciam seu gênero no contexto dos papéis de gênero propostos pelas suas sociedades.

explosão de raiva Explosão emocional geralmente associada a crianças ou a indivíduos em sofrimento emocional e comumente caracterizada por teimosia, choro, gritos, desafio, discurso raivoso, resistência a tentativas de pacificação e, em alguns casos, agressões. O controle físico pode ser perdido, a pessoa pode ser incapaz de ficar parada e, mesmo que o "objetivo" da pessoa seja atingido, ela pode não se acalmar.

exposição a riscos Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais à pessoa e sem considerar as consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal; busca imprudente dos objetivos, independentemente do nível de risco envolvido. Assumir riscos é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

expressão de gênero As maneiras específicas pelas quais os indivíduos exercem os papéis de gênero propostos nas suas sociedades.

facetas dos traços de personalidade Componentes específicos da personalidade que compõem os cinco domínios amplos dos traços de personalidade na taxonomia dimensional da Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade". Por exemplo, o domínio amplo do antagonismo tem as seguintes facetas componentes: MANIPULAÇÃO, FALSIDADE, GRANDIOSIDADE, BUSCA DE ATENÇÃO, INSENSIBILIDADE e HOSTILIDADE.

fadiga Um estado (também chamado de exaustão, cansaço, letargia, abatimento, languidez, lassidão e apatia) geralmente associado a enfraquecimento ou esgotamento dos recursos físicos e/ou mentais, variando desde um estado geral de letargia até uma sensação específica de

queimação nos músculos induzida pelo trabalho. A fadiga física leva a uma incapacidade de continuar funcionando no nível normal de atividade do indivíduo. Embora difundido na vida diária, esse estado costuma torna-se particularmente perceptível durante exercícios pesados. A fadiga mental, em contrapartida, manifesta-se com mais frequência como SONOLÊNCIA.

fala repetitiva Repetições morfologicamente heterogêneas da fala.

falsidade Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si; embelezamento ou invenção no relato de eventos. A desonestidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

falta de sociabilidade Iniciativa reduzida para a interação com outras pessoas.

fase residual Período após um episódio de esquizofrenia que teve remissão parcial ou completa, mas no qual podem permanecer alguns sintomas, e podem predominar sintomas como indiferença, problemas de concentração e afastamento das atividades sociais.

fatigabilidade Tendência a ficar facilmente fatigado. *Ver também* FADIGA.

flashback Estado dissociativo durante o qual aspectos de um evento traumático são vivenciados como se estivessem ocorrendo naquele momento.

flexibilidade cérea Resistência constante, mesmo que leve, a ser posicionado pelo examinador. Comparar com CATALEPSIA.

fobia Medo persistente de um objeto, atividade ou situação específica (i.e., o estímulo fóbico) desproporcional ao perigo real representado por um objeto ou situação específica que resulta em uma necessidade imperiosa de evitá-los. Se não pode ser evitado, o estímulo fóbico é tolerado com sofrimento acentuado.

fuga de ideias Um fluxo quase contínuo de fala acelerada com mudanças abruptas de um tópico para outro que estão geralmente baseadas em associações, estímulos que causam distração ou jogos de palavras. Quando a condição é grave, a fala pode ser desorganizada e incoerente.

funcionamento da personalidade Modelos cognitivos de si e dos outros que moldam padrões de envolvimento emocional e de vínculo com as outras pessoas.

fusão pensamento-ação Tendência a tratar pensamentos e ações como equivalentes.

gênero O papel público vivido (e em geral reconhecido legalmente) como menino ou menina, homem ou mulher. Os fatores biológicos são vistos como contribuintes na interação com os fatores sociais e psicológicos para o desenvolvimento do gênero.

grandiosidade Acreditar ser superior aos outros e merecedor de tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de poder; condescendência com os outros. A grandiosidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

hiperacusia Percepção auditiva aumentada.

hiperfogia Alimentar-se muito rapidamente.

hiperoralidade Condição na qual objetos inapropriados são colocados na boca.

hipersexualidade Impulso mais forte do que o habitual de ter atividade sexual.

hipersonia Sonolência excessiva, evidenciada por sono noturno prolongado, dificuldade para manter um estado de vigília durante o dia ou episódios indesejados de sono durante o dia. *Ver* também SONOLÊNCIA.

hipervigilância Estado aumentado de sensibilidade sensorial acompanhado por uma intensidade exagerada de comportamentos cujo propósito é detectar ameaças. A hipervigilância também é acompanhada por um estado de ansiedade aumentada que pode causar exaustão. Outros sintomas incluem excitação anormalmente aumentada, resposta aumentada aos estímulos e varredura contínua do ambiente à procura de ameaças. Na hipervigilância, existe um rastreamento permanente do ambiente à procura de visões, sons, pessoas, comportamentos,

odores ou qualquer outra coisa que relembre ameaça ou trauma. O indivíduo se coloca em estado de alerta para ter certeza de que o perigo não está por perto. A hipervigilância pode levar a inúmeros padrões comportamentais obsessivos, bem como a dificuldades na interação social e nos relacionamentos.

hipomania Anormalidade do humor parecida com a mania, porém de menor intensidade. *Ver também* MANIA.

hipopneia Episódios de respiração excessivamente fraca e um ritmo respiratório anormalmente baixo.

hostilidade Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento maldoso, grosseiro ou vingativo. A hostilidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

humor Emoção difusa e constante que matiza a percepção do mundo. Exemplos comuns de humor incluem depressão, euforia, raiva e ansiedade. Em contraste com o *afeto*, que se refere a alterações mais flutuantes no "clima" emocional, o humor refere-se a um "clima" emocional mais difuso e constante. Os tipos de humor incluem:

- **disfórico** Humor desagradável, como tristeza, ansiedade ou irritabilidade.
- **elevado** Sensação exagerada de bem-estar, euforia ou excitação. Uma pessoa com humor elevado pode descrever uma sensação de "euforia", "êxtase", de "estar nas nuvens" ou "no topo do mundo".
- **eutímico** Humor na faixa "normal", que implica a ausência de humor deprimido ou elevado.
- **expansivo** Falta de restrição na expressão dos próprios sentimentos, frequentemente com supervalorização da própria importância.
- **irritável** Facilmente aborrecido e com raiva.

ideação paranoide Ideação, de proporção menor que delirante, envolvendo suspeitas ou a crença de que o indivíduo está sendo assediado, perseguido ou injustamente tratado.

ideia supervalorizada Crença irracional e persistente que é mantida com intensidade menor do que delirante (i.e., a pessoa é capaz de reconhecer a possibilidade de que a crença não seja verdadeira). A crença não é comumente aceita pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa.

ideias de referência O sentimento de que incidentes casuais e eventos externos têm um significado particular e incomum específico para a pessoa. Uma ideia de referência deve ser distinguida de um DELÍRIO DE REFERÊNCIA, no qual existe uma crença que é mantida com convicção delirante.

ideias suicidas (ideação suicida) Pensamentos sobre autoagressão, com a consideração ou o planejamento de possíveis técnicas para causar a própria morte.

identidade Experiência de si mesmo como único, com fronteiras claras entre si e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação; capacidade e habilidade de regular várias experiências emocionais.

identidade de gênero Uma categoria da identidade social que se refere à identificação de um indivíduo como masculino, feminino ou, ocasionalmente, alguma outra categoria além de masculino ou feminino.

ilusão Percepção errônea ou interpretação incorreta de um estímulo externo real, como ouvir o farfalhar de folhas secas como se fosse o som de vozes. *Ver também* ALUCINAÇÃO.

impulsividade Agir sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir momentaneamente sem um plano ou sem considerar os resultados; dificuldade de estabelecer e seguir planos; um sentimento de urgência e comportamento de autoagressão quando sob sofri-

mento emocional. A impulsividade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

incoerência Fala ou pensamento essencialmente incompreensível para os outros porque as palavras ou expressões são reunidas sem uma conexão lógica ou significativa. Essa perturbação ocorre *dentro* das frases, em contraste com o descarrilamento, no qual a perturbação ocorre *entre* as frases. Esse termo foi referido ocasionalmente como uma "salada de palavras" para transmitir o grau de desorganização linguística. Construções levemente não gramaticais ou usos idiomáticos característicos de uma origem regional ou cultural particular, falta de instrução ou baixo nível de inteligência não devem ser considerados incoerência. O termo geralmente não é aplicado quando existem evidências de que a perturbação na fala se deve a uma afasia.

insegurança de separação Medo de ficar sozinho devido a rejeição e/ou separação de pessoas significativas, com base em falta de confiança na própria capacidade de cuidar de si, tanto física quanto emocionalmente. A insegurança de separação é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

insensibilidade Falta de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações nos outros. A insensibilidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

insônia Queixa subjetiva de dificuldade em conciliar ou manter o sono ou de um sono de má qualidade.

intimidade Profundidade e duração da conexão com os outros; desejo e capacidade para a proximidade; mutualidade do respeito refletida no comportamento interpessoal.

irresponsabilidade Desconsideração por – e falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações ou compromissos; falta de respeito por – e falta de cumprimento de – combinações e promessas; descuido com as propriedades dos outros. A irresponsabilidade é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

labilidade emocional Instabilidade das experiências emocionais e do humor; emoções que são facilmente despertadas, intensas e/ou desproporcionais aos fatos e circunstâncias. A labilidade emocional é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

letargia Estado de atividade mental diminuída, caracterizado por lentidão, sonolência, inatividade e estado de alerta reduzido.

luto O estado de ter perdido por morte alguém com quem o indivíduo tinha uma relação de intimidade. Esse estado inclui várias reações de pesar e dor.

macropsia A percepção visual de que os objetos são maiores do que realmente são. Comparar com MICROPSIA.

maneirismo Estilo individual peculiar e característico de movimento, ação, pensamento ou fala.

mania Estado mental de humor elevado, expansivo ou irritável e um nível persistentemente aumentado de atividade ou energia. *Ver também* HIPOMANIA.

manipulação Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso da sedução, charme, eloquência ou atitude insinuante para atingir seus objetivos. A manipulação é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade ANTAGONISMO.

mecanismo de defesa Mecanismos que fazem a mediação da reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores externos. Alguns mecanismos de defesa (p. ex., projeção, cisão e atuação) são quase invariavelmente mal-adaptativos. Outros (p. ex., supressão, negação) podem ser mal-adaptativos ou adaptativos, dependendo da sua gravidade, inflexibilidade e do contexto no qual ocorrem.

medidas psicométricas Instrumentos padronizados, tais como escalas, questionários, testes e avaliações, que são concebidos para medir o conhecimento humano, habilidades, atitudes ou traços de personalidade.

medo Resposta emocional a ameaça ou perigo percebido como iminente associada ao impulso de fugir ou lutar.

melancolia (melancólico) Estado mental caracterizado por depressão muito grave.

micropsia A percepção visual de que os objetos são menores do que realmente são. Comparar com MACROPSIA.

movimento rápido dos olhos (REM) Sinal comportamental da fase do sono durante a qual é provável que o indivíduo esteja vivenciando uma atividade mental onírica.

mutismo Nenhuma, ou muito pouca, resposta verbal (na ausência de afasia conhecida).

narcolepsia Transtorno do sono caracterizado por períodos de extrema sonolência e frequentes lapsos de sono durante o dia (ataques de sono). Estes devem ter ocorrido pelo menos três vezes por semana durante os últimos três meses (na ausência de tratamento).

negativismo Oposição a sugestão ou conselho; comportamento oposto ao apropriado a uma situação específica ou contra os desejos de outros, incluindo resistência direta aos esforços a serem movimentados.

obsessão Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados, em algum momento durante a perturbação, como intrusivos e indesejados e que na maioria dos indivíduos causam acentuada ansiedade ou sofrimento. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (i.e., executando uma compulsão).

padrão sazonal Um padrão da ocorrência de um transtorno mental específico em determinadas estações do ano.

parassonias Transtornos do sono envolvendo comportamentos ou eventos psicológicos anormais que ocorrem durante o sono ou transições entre o sono e a vigília. Comparar com DISSONIAS.

pensamento mágico A crença errônea de que os próprios pensamentos, palavras ou ações causarão ou evitarão um desfecho específico, de um modo que desafia as leis habitualmente conhecidas de causa e efeito. O pensamento mágico pode fazer parte do desenvolvimento infantil normal.

pensamentos acelerados Estado no qual a mente traz à tona de forma incontrolável pensamentos e lembranças aleatórias e alterna entre eles muito rapidamente. Por vezes, os pensamentos estão relacionados, com um pensamento levando a outro; outras vezes, eles são completamente aleatórios. Uma pessoa que experimenta um episódio de pensamentos acelerados não tem controle sobre eles e é incapaz de focar em um único tópico ou de dormir.

perfeccionismo rígido Insistência rígida em que tudo seja sem falhas, perfeito ou sem erros, incluindo o próprio desempenho e o dos outros; sacrifício de oportunidades para assegurar a correção de cada detalhe; crença de que existe apenas uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade de mudar de ideia e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A falta de perfeccionismo rígido é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DESINIBIÇÃO.

perseverança Persistência em tarefas ou em uma forma particular de fazer as coisas muito tempo depois que o comportamento deixou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos fracassos ou de claras razões para parar. A perseveração é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

personalidade Padrões duradouros de perceber, relacionar-se e pensar envolvendo o ambiente ao redor e a si mesmo. TRAÇOS DE PERSONALIDADE são aspectos proeminentes da personalidade que são exibidos de formas relativamente consistentes ao longo do tempo e nas várias situações. Os traços de personalidade influenciam o funcionamento individual e interpessoal. Dependendo da sua gravidade, os prejuízos no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade podem refletir a presença de um transtorno da personalidade.

pica Ingestão persistente de substâncias não nutritivas que não são alimentos durante um período de pelo menos um mês. A ingestão de substâncias não nutritivas que não são alimentos é inadequada ao nível de desenvolvimento do indivíduo (uma idade mínima de 2 anos é sugerida para o diagnóstico). O comportamento alimentar não faz parte de uma prática que tem apoio ou que é comum do ponto de vista cultura ou social.

polissonografia A polissonografia (PSG), também conhecida como estudo do sono, é um teste multiparamétrico usado no estudo do sono e como uma ferramenta diagnóstica na medicina do sono. O resultado do teste é denominado *polissonograma*, também abreviado como PSG. O PSG monitora muitas funções corporais, incluindo o cérebro (eletrencefalografia), os movimentos dos olhos (eletro-oculografia), a atividade muscular ou ativação da musculatura esquelética (eletromiografia) e o ritmo cardíaco (eletrocardiografia).

postura patológica Manutenção espontânea e ativa de uma postura contra a gravidade (como visto na catatonia). A postura anormal também pode ser um sinal de certas lesões no cérebro ou na medula espinal, incluindo as seguintes:

opistótono As costas estão rígidas e arqueadas, e a cabeça está jogada para trás.

postura descerebrada Os braços e as pernas estão retos e rígidos, os dedos apontam para baixo, e a cabeça está arqueada para trás.

postura descorticada O corpo está rígido, os braços estão rígidos e dobrados, os punhos estão apertados, e as pernas estão retas.

Uma pessoa afetada pode alternar entre diferentes posturas conforme a condição se altera.

pragmática da linguagem A compreensão e o uso da linguagem em um determinado contexto. Por exemplo, a advertência "Olhe as suas mãos", quando dada a uma criança que está suja, tem a intenção não somente de fazê-la olhar para suas mãos, mas também comunica a advertência "Não suje nada".

preocupação Pensamentos desagradáveis ou desconfortáveis que não podem ser controlados conscientemente pela tentativa de voltar a atenção para outros assuntos. A preocupação é com frequência persistente, repetitiva e desproporcional ao tópico que é motiva (pode ser mesmo devido a uma banalidade).

pressão de fala Fala aumentada em quantidade, acelerada e difícil ou impossível de interromper. Em geral alta e enfática. Frequentemente, a pessoa fala sem qualquer estimulação social, podendo continuar falando sem que ninguém esteja escutando.

pródromo Um sinal ou sintoma precoce ou premonitório de um transtorno.

pseudociese Falsa crença de estar grávida que está associada a sinais objetivos e sintomas relatados de gravidez.

psicoticismo Exibição de uma ampla gama de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo processo (p. ex., percepção, dissociação) e conteúdo (p. ex., crenças). O psicoticismo é um dos cinco DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE definidos na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade".

redesignação de gênero Mudança de gênero que pode ser médica (hormônios, cirurgia) ou legal (reconhecimento do governo) ou ambas. No caso de intervenções médicas, frequentemente referidas como *redesignação de sexo*.

REM no início do sono Ocorrência da fase do sono de movimento rápido dos olhos (REM) poucos minutos após adormecer. Geralmente avaliado por um TESTE MÚLTIPLO DE LATÊNCIA DO SONO polissonográfico.

resposta de sobressalto (ou "reação de sobressalto") Reação involuntária (reflexa) a um estímulo súbito inesperado, tal como um som alto ou um movimento brusco.

retardo psicomotor Lentificação generalizada dos movimentos e da fala.

retraimento social Preferência por estar sozinho a estar com os outros; reticência em situações sociais; EVITAÇÃO de contatos e atividades sociais; falta de iniciativa nos contatos sociais. O afastamento social é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

ritmos biológicos *Ver* RITMOS CIRCADIANOS.

ritmos circadianos Variações cíclicas na função fisiológica e bioquímica, no nível de atividade sono-vigília e no estado emocional. Os ritmos circadianos têm um ciclo de aproximadamente 24 horas, os ritmos *ultradianos* têm um ciclo menor do que 1 dia, e os ritmos *infradianos* têm um ciclo que pode durar semanas ou meses.

ruminação (transtornos de ruminação) Regurgitação repetida do alimento por um período de pelo menos um mês. O alimento regurgitado pode ser mastigado novamente, engolido novamente ou cuspido. Nos transtornos de ruminação, não há evidências de que uma condição gastrintestinal ou outra condição médica associada (p. ex., refluxo gastroesofágico) seja suficiente para justificar a regurgitação repetida.

sexo Indicação biológica de masculino e feminino (compreendida no contexto da capacidade reprodutiva), tal como cromossomos sexuais, gônadas, hormônios sexuais e genitália interna e externa não ambígua.

sinal Manifestação objetiva de uma condição patológica. Os sinais são observados pelo examinador, em vez de relatados pelo indivíduo afetado. Comparar com SINTOMA.

síndrome Agrupamento de sinais e sintomas baseado na sua ocorrência frequente em conjunto que pode sugerir patogênese subjacente, curso, padrão familiar ou seleção do tratamento comum.

síndrome das pernas inquietas Necessidade de movimentar as pernas, geralmente acompanhada ou causada por sensações desconfortáveis ou desagradáveis nesses membros (para a síndrome das pernas inquietas pediátrica, a descrição desses sintomas deve ser nas próprias palavras da criança). Os sintomas começam ou pioram durante períodos de descanso ou inatividade e são aliviados parcial ou totalmente pelo movimento; são piores pela manhã ou à noite do que durante o dia ou ocorrem somente à noite/fim da tarde.

síndrome da descontinuação de antidepressivo Um conjunto de sintomas que pode ocorrer após cessação abrupta ou redução acentuada na dose de um medicamento antidepressivo que foi tomado continuamente por pelo menos 1 mês.

síndrome do comer noturno Episódios recorrentes de comer noturno, manifestados por comer após acordar do sono ou consumo excessivo de alimento após a refeição matinal. Existe consciência e lembrança de comer. O comer noturno não é mais bem justificado por influências externas, tais como alterações no sono-vigília do indivíduo, ou por normas sociais locais.

sinestesia Condição em que a estimulação de uma via sensorial ou cognitiva leva a experiências automáticas e involuntárias em uma segunda via sensorial ou cognitiva.

sintoma Manifestação subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado em vez de observados pelo examinador. Comparar com SINAL.

sintoma de conversão Perda ou alteração no funcionamento motor ou sensorial voluntário, com ou sem prejuízo aparente da consciência. O sintoma não é completamente explicado por

uma condição neurológica ou outra condição médica ou pelos efeitos diretos de uma substância e não é produzido intencionalmente ou fingido.

sintomas mistos O especificador "com características mistas" é aplicado a episódios de humor durante os quais estão presentes sintomas sublimiares do polo oposto. Embora esses sintomas "mistos" sejam relativamente simultâneos, eles também podem ocorrer justapostos no tempo como crescimentos e diminuições dos sintomas individuais do polo oposto (i.e., sintomas depressivos durante episódios hipomaníacos ou maníacos, e vice-versa).

sofrimento psicológico Uma variedade de sintomas e experiências da vida interna de uma pessoa que são comumente perturbadores, confusos e fora do comum.

sonambulismo Episódios repetidos de levantar-se da cama durante o sono e perambular, geralmente ocorrendo durante o primeiro terço do episódio maior do sono. Durante o sonambulismo, a pessoa tem um olhar vazio e fixo, dificilmente responde aos esforços dos outros de se comunicarem com ela e pode ser acordada apenas com grande dificuldade.

sonolência Estado de quase sono, forte desejo de dormir ou dormir por períodos incomumente longos. A sonolência apresenta dois significados distintos: tanto o estado habitual, que precede o adormecer, quanto a condição crônica, que envolve estar naquele estado independentemente de um ritmo circadiano. Comparar com HIPERSONIA.

submissão Adaptação do próprio comportamento aos interesses reais ou percebidos e aos desejos dos outros, mesmo quando fazer isso é contrário aos próprios interesses, necessidades ou desejos. A submissão é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade AFETIVIDADE NEGATIVA.

subsindrômico Abaixo de um nível ou limiar especificado necessário para qualificar uma condição particular. Condições subsindrômicas (*formes frustes*) são condições médicas que não satisfazem todos os critérios para um diagnóstico – por exemplo, porque os sintomas são em menor número ou menos graves do que uma síndrome definida – mas que, no entanto, podem ser identificadas e relacionadas à síndrome "completa".

suicídio O ato de causar a própria morte de forma intencional.

tendência à depressão Sentimentos de estar intensamente triste, infeliz e/ou sem esperança. Alguns pacientes descrevem ausência de sentimentos e/ou disforia; dificuldade de recuperação de tais humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha e/ou culpa difusa; sentimentos de autoestima inferior; e pensamentos de suicídio e comportamento suicida. A tendência à depressão é uma faceta do domínio amplo do traço de personalidade DISTANCIAMENTO.

tentativa de suicídio Tentativa de acabar com a própria vida, a qual pode levar à morte.

terrores noturnos Episódios recorrentes de despertar abrupto do sono com terror, geralmente ocorrendo durante o primeiro terço do episódio maior do sono e começando com um grito de pânico. Existem medo intenso e sinais de excitação autonômica, tais como midríase, taquicardia, respiração rápida e sudorese, durante cada episódio.

teste múltiplo de latência do sono Avaliação polissonográfica do período de início do sono, com vários ciclos curtos de sono-vigília avaliados durante uma única sessão. O teste mede repetidamente o tempo de início do sono durante o dia ("latência do sono") e a ocorrência e o tempo para início da fase do sono do movimento rápido dos olhos.

tique Movimento motor ou vocalização involuntário, súbito, rápido, recorrente, não rítmico.

tolerância Situação que ocorre com o uso continuado de uma droga em que um indivíduo precisa de maiores dosagens para alcançar o mesmo efeito.

traço de personalidade Tendência a se comportar, sentir, perceber e pensar de maneiras relativamente consistentes ao longo do tempo e nas várias situações em que o traço pode ser manifestado.

transexual Um indivíduo que busca, ou se submeteu a, uma transição social de masculino para feminino ou de feminino para masculino, o que, em muitos casos, mas não em todos, também pode envolver uma transição somática por meio de tratamento com hormônios e cirurgia genital transexual ("cirurgia para redesignação de sexo")

transgênero O espectro amplo dos indivíduos que transitória ou permanentemente se identificam com um gênero diferente do seu gênero de nascimento.

transtorno da personalidade – especificado pelo traço Na Seção III "Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade", uma categoria diagnóstica proposta para uso quando um transtorno da personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno específico não são satisfeitos. O transtorno da personalidade – especificado pelo traço (TP-ET) é definido pelo prejuízo significativo no funcionamento da personalidade, conforme medido pela Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade e um ou mais DOMÍNIOS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE ou FACETAS DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE patológicos. O TP-ET é proposto na Seção III do DSM-5 para estudo adicional como uma possível substituição futura de outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado.

transtorno do pesadelo Ocorrências repetidas de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e bem lembrados que costumam envolver esforços para evitar ameaças à sobrevivência, à segurança ou à integridade física e que geralmente ocorrem durante a segunda metade do episódio de sono maior. Ao acordar dos sonhos disfóricos, o indivíduo rapidamente fica orientado e alerta.

transtorno de purgação Transtorno alimentar caracterizado por comportamento purgativo recorrente para influenciar o peso ou a forma física, como vômitos, mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, na ausência de compulsão alimentar.

transtorno do desenvolvimento sexual Condição de desvios somáticos inatos significativos do trato reprodutivo em relação ao padrão e/ou discrepâncias entre os indicadores biológicos de masculino e feminino.

Página propositalmente deixada em branco

Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento

Ataque de nervios

Ataque de nervios ("ataque de nervos") é uma síndrome que ocorre entre indivíduos de origem latina caracterizada por sintomas de perturbação emocional intensa, incluindo ansiedade aguda, raiva ou sofrimento; gritos e berros descontrolados; ataques de choro; tremores; calor no tórax irradiando-se para a cabeça; agressividade física e verbal. Experiências dissociativas (p. ex., despersonalização, desrealização, amnésia), episódios de desmaio ou semelhantes a convulsões, além de gestos suicidas, são proeminentes em alguns *ataques*, porém ausentes em outros. Um dos aspectos centrais do *ataque de nervios* é uma sensação de descontrole. Os ataques ocorrem frequentemente como resultado direto de um evento estressante relacionado à família, como a notícia da morte de um parente próximo, conflitos conjugais ou parentais, ou em função de presenciar um acidente envolvendo um familiar. Para uma minoria dos indivíduos, nenhum evento social em particular desencadeia seus *ataques*; em vez disso, sua vulnerabilidade à perda de controle advém da experiência acumulada de sofrimento.

Não foi observada uma relação direta entre o *ataque de nervios* e qualquer transtorno psiquiátrico específico, embora diversos transtornos, incluindo transtorno de pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado e transtorno conversivo, tenham sobreposição sintomática com o *ataque*.

Em amostras comunitárias, o *ataque de nervios* está associado a ideação suicida, incapacidade e utilização de serviços psiquiátricos ambulatoriais, depois do ajuste para diagnósticos psiquiátricos, exposição traumática e outras covariáveis. Entretanto, alguns *ataques* representam expressões normais de sofrimento agudo (p. ex., em um funeral) sem sequelas clínicas. O termo *ataque de nervios* pode se referir também a um idioma de sofrimento que inclui algum paroxismo similar a um acesso de emoção (p. ex., riso histérico) e pode ser usado para indicar um episódio de perda de controle em resposta a um estressor intenso.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Indisposição no Haiti, "apagão" no sul dos Estados Unidos e desavença nas Antilhas.

Condições relacionadas no DSM-5: Ataque de pânico, transtorno de pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado, transtorno conversivo (de sintomas neurológicos funcionais), transtorno explosivo intermitente, outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado, outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado ou não especificado.

Síndrome de dhat

Síndrome de dhat é um termo criado no sul da Ásia mais de meio século atrás para designar apresentações clínicas comuns de pacientes jovens do sexo masculino que atribuíam seus sintomas diversos à perda de sêmen. A despeito do nome, não se trata de uma síndrome bem definida, e sim de uma explicação cultural de sofrimento para pacientes com queixas de sintomas diversos, tais como ansiedade, fadiga, fraqueza, perda de peso, impotência, outras múltiplas queixas somáticas e humor depressivo. O aspecto central é ansiedade e sofrimento relacionados à perda de *dhat* na ausência de qualquer disfunção fisiológica identificável. O *dhat* foi identificado por pacientes como uma secreção esbranquiçada observada na defecação ou na micção. As ideias a respeito dessa substância estão

relacionadas ao conceito de *dhatu* (sêmen), descrito no sistema de medicina hindu, Ayurveda, como um dos sete fluidos corporais essenciais cujo equilíbrio é necessário para manter a saúde.

Embora a *síndrome de dhat* tenha sido formulada como um guia cultural para a prática clínica local, foram observadas ideias correlatas acerca dos efeitos nocivos da perda de sêmen na população em geral, sugerindo uma disposição cultural para explicar problemas de saúde e sintomas por meio da referência à *síndrome de dhat*. Pesquisas em ambientes de assistência médica geraram estimativas diversas da prevalência da síndrome (p. ex., 64% dos homens atendidos em clínicas psiquiátricas na Índia com queixas sexuais; 30% dos homens atendidos em clínicas de medicina geral no Paquistão). Apesar de a *síndrome de dhat* ser mais comumente associada a homens jovens de origens socioeconômicas mais baixas, homens de meia-idade também podem ser afetados. Preocupações semelhantes acerca de secreções vaginais esbranquiçadas (leucorreia) também foram associadas a uma variante do conceito em mulheres.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Koro* no sudoeste da Ásia, particularmente em Cingapura, e *shen-k'uei* ("deficiência renal") na China.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno erétil, ejaculação prematura (precoce), outra disfunção sexual especificado ou disfunção sexual não especificada, problema acadêmico.

Khyâl cap

"Ataques de *khyâl*" (*khyal cap*), ou "ataques de vento", é uma síndrome encontrada entre cambojanos nos Estados Unidos e no Camboja. Sintomas comuns incluem os de ataques de pânico, como tontura, palpitações, falta de ar e extremidades frias, bem como outros sintomas de ansiedade e excitação autonômica (p. ex., zumbido e dor no pescoço). Ataques de *khyâl* incluem cognições catastróficas centradas na preocupação de que *khyâl* (uma substância similar ao vento) possa surgir no corpo – em conjunto com o sangue – e desencadear uma série de efeitos graves (p. ex., comprimir os pulmões, causando falta de ar e asfixia; penetrar no crânio, causando zumbido, tontura, visão borrada e uma síncope fatal). Ataques de *khyâl* podem ocorrer subitamente, mas com frequência são desencadeados por preocupações, pelo ato de levantar-se (i.e., hipotensão ortostática), por odores específicos com associações negativas e por situações agorafóbicas, como entrar em lugares cheios de gente ou andar de carro. Ataques de *khyâl* normalmente satisfazem os critérios de ataques de pânico e podem assemelhar-se à experiência de outros transtornos de ansiedade e relacionados a trauma e a estressores. Ataques de *khyâl* podem estar associados a incapacidade considerável.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Laos (*pen lom*), Tibete (*srog rlung gi nad*), Sri Lanka (*vata*) e Coreia (*hwa byung*).

Condições relacionadas no DSM-5: Ataque de pânico, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de doença.

Kufungisisa

Kufungisisa ("pensar demais" em Shona) é um idioma de sofrimento e uma explicação cultural entre os Shona do Zimbábue. Como explicação cultural, é considerado causador de ansiedade, depressão e problemas somáticos (p. ex., "meu coração está doendo porque penso demais"). Como idioma de sofrimento psicossocial, é indicativo de dificuldades interpessoais e sociais (p. ex., problemas conjugais, não ter dinheiro para cuidar dos filhos). *Kufungisisa* envolve ruminação de pensamentos angustiantes, particularmente preocupações.

O *kufungisisa* está associado a uma série de psicopatologias, incluindo sintomas de ansiedade, preocupação excessiva, ataques de pânico, sintomas depressivos e irritabilidade. Em um estudo de uma amostra comunitária aleatória, dois terços dos casos identificados por uma medida de psicopatologia geral eram dessa queixa.

Em muitas culturas, "pensar demais" é considerado prejudicial à mente e ao corpo, podendo causar sintomas específicos, como cefaleia e tontura. "Pensar demais" também pode ser um componente-chave de síndromes culturais, como "fadiga mental", na Nigéria. No caso da fadiga mental, "pensar demais" é atribuído principalmente ao estudo excessivo, considerado prejudicial particularmente ao cérebro, com sintomas que incluem sensações de calor ou formigamento na cabeça.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: "Pensar demais" é um idioma de sofrimento e uma explicação cultural comum em muitos países e grupos étnicos. Foi descrito na África, no Caribe e na América Latina, bem como entre grupos do leste asiático e americanos nativos.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do luto complexo persistente (ver "Condições para Estudos Posteriores").

Maladi moun

Maladi moun (literalmente "doença causada por humano", também conhecida como "doença enviada") é uma explicação cultural em comunidades haitianas para diversos transtornos médicos e psiquiátricos. Nesse modelo explanatório, inveja e maldade interpessoais fazem as pessoas atingirem seus inimigos enviando doenças como psicose, depressão, insucesso acadêmico ou social e incapacidade de cumprir as atividades da vida diária. O modelo etiológico considera que a doença pode ser causada por inveja e ódio alheios, provocados pelo sucesso econômico da vítima em virtude de um emprego novo ou uma aquisição cara. Presume-se que o ganho de uma pessoa cause perda para outra, de maneira que o sucesso ostensivo torna uma pessoa vulnerável ao ataque. Atribuir o rótulo de "doença enviada" depende mais do modo de início do quadro e do *status* social do que dos sintomas apresentados. O início agudo de novos sintomas ou uma mudança comportamental abrupta levantam suspeitas de um ataque espiritual. Uma pessoa atraente, inteligente ou rica é percebida como especialmente vulnerável, e até mesmo crianças pequenas e saudáveis encontram-se em risco.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Preocupações a respeito de doenças (em geral doenças físicas) causadas por inveja ou conflitos sociais são comuns entre culturas e com frequência expressas na forma de "mau-olhado" (p. ex., em espanhol, *mal de ojo*, em italiano, *mal'occhiu*).

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno delirante do tipo persecutório; esquizofrenia com sintomas paranoides.

Nervios

Nervios ("nervos") é um idioma de sofrimento comum entre latinos nos Estados Unidos e na América Latina. *Nervios* refere-se a um estado geral de vulnerabilidade a experiências de vida estressantes e a circunstâncias de vida difíceis. O termo *nervios* inclui uma ampla gama de sintomas de sofrimento emocional, perturbação somática e incapacidade funcional. Os sintomas mais comumente atribuídos a *nervios* incluem cefaleias e "dores no cérebro" (tensão cervical occipital), irritabilidade, perturbações estomacais, dificuldades de sono, nervosismo, choro fácil, incapacidade de concentrar-se, tremores, sensações de formigamento e *mareos* (marejamento, tontura com exacerbações ocasionais do tipo vertigem). *Nervios* é um idioma de sofrimento amplo que abrange uma faixa de gravidade desde casos sem nenhum transtorno mental até apresentações que se assemelham a transtornos de adaptação, de ansiedade, depressivos, dissociativos, de sintomas somáticos ou psicóticos. "Ser nervoso desde a infância" parece ser um traço e pode preceder o transtorno de ansiedade social, enquanto "estar doente dos nervos" está mais relacionado do que outras formas de *nervios* a problemas psiquiátricos, especialmente dissociação e depressão.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Nevra* entre gregos na América do Norte, *nierbi* entre sicilianos na América do Norte e *nerves* entre brancos nos Apalaches norte-americanos e Newfoundland (Terra Nova, uma grande ilha canadense).

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado, transtorno de sintomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo ("fraqueza do sistema nervoso" em Mandarim Chinês) é uma síndrome cultural que integra categorias conceituais da medicina tradicional chinesa com o diagnóstico ocidental de neurastenia. Na segunda edição revisada do *Chinese Classification of Mental Disorders* (Classificação Chinesa de Transtornos Mentais [CCMD-2-R]), *shenjing shuairuo* é definido como uma síndrome composta por três dentre cinco grupos de sintomas não hierárquicos: fraqueza (p. ex., fadiga mental), emoções (p. ex., sentir-se contrariado), excitação (p. ex., exacerbação de recordações), dor nervosa (p. ex., cefaleia) e sono (p. ex., insônia). *Fan nao* (sentir-se contrariado) é uma forma de irritabilidade misturada a aflição e sofrimento acerca de pensamentos conflitantes e desejos não satisfeitos. A terceira edição do CCMD mantém *shenjing shuairuo* como um diagnóstico somatoforme de exclusão. Os principais desencadeantes de *shenjing shuairuo* incluem estressores relacionados ao trabalho ou à família, perda de prestígio (*mianzi, lianzi*) e uma sensação aguda de fracasso (p. ex., no desempenho acadêmico). *Shenjing shuairuo* está associado a conceitos tradicionais de fraqueza (*xu*) e a desequilíbrios de saúde relacionados a deficiências de uma essência vital (p. ex., a depleção de *qi* [energia vital] subsequente à sobrecarga ou à estagnação de *qi* em virtude de preocupações excessivas). Na interpretação tradicional, *shenjing shuairuo* resulta quando os canais corporais (*jing*) que conduzem as forças vitais (*shen*) tornam-se desregulados em virtude de diversos estressores sociais e interpessoais, tais como a incapacidade de mudar uma situação crônica de frustração ou angústia. Vários transtornos psiquiátricos estão associados a *shenjing shuairuo*, principalmente transtornos do humor, de ansiedade e de sintomas somáticos. Entretanto, em clínicas médicas na China, até 45% dos pacientes com *shenjing shuairuo* não satisfazem os critérios de nenhum transtorno do DSM-IV.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Idiomas e síndromes do espectro da neurastenia estão presentes na Índia (*ashaktapanna*) e no Japão (*shinkei-suijaku*), entre outros cenários. Outras condições, como síndrome da fadiga mental, síndrome de esgotamento e síndrome da fadiga crônica, também estão fortemente relacionadas.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático.

Susto

Susto ("susto") é uma explicação cultural para sofrimento e azar prevalente entre alguns latinos nos Estados Unidos e entre pessoas no México, na América Central e na América do Sul. Não é reconhecido como uma categoria de doença entre latinos no Caribe. *Susto* é um mal atribuído a um evento assustador que faz a alma deixar o corpo e resulta em infelicidade e doença, bem como em dificuldades de funcionamento em papéis sociais importantes. Os sintomas podem surgir a qualquer momento, desde dias até anos depois da experiência de susto. Em casos extremos, *susto* pode resultar em morte. Não existem sintomas definidores específicos para *susto*; entretanto, sintomas relatados com frequência por pessoas com *susto* incluem perturbações do apetite, sono inadequado ou excessivo, sono ou sonhos agitados, sentimentos de tristeza, desvalia ou sujeira, sensibilidade interpessoal e falta de motivação para fazer as coisas. Sintomas somáticos que acompanham *susto* podem incluir mialgias e dores, frio nas extremidades, palidez, cefaleia, dor de estômago e diarreia. Os eventos desencadeantes são diversos e incluem fenômenos naturais, animais, situações interpessoais e agentes sobrenaturais, entre outros.

Três tipos sindrômicos de *susto* (conhecido como *cibih* na linguagem local dos zapotecas, um antigo povo mexicano) foram identificados, cada qual com relações diferentes com diagnósticos psiquiátricos. Um *susto* interpessoal caracterizado por sentimentos de perda, abandono e não ser amado pela família, com sintomas concomitantes de tristeza, autoimagem negativa e ideação suicida, parecia estar fortemente relacionado ao transtorno depressivo maior. Quando o *susto* resultava de um evento traumático com um papel determinante nos sintomas e no processamento emocional da experiência, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático parecia mais apropriado. O *susto* caracterizado por diversos sintomas somáticos recorrentes – que levavam a pessoa a procurar assistência de saúde de diversos profissionais – era, então, considerado mais associado a um transtorno de sintomas somáticos.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Conceitos etiológicos e configurações sintomáticas similares são encontrados em todo o mundo. Na região andina, *susto* é conhecido como *espanto*.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado e transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado, transtornos de sintomas somáticos.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho ("transtorno do medo interpessoal" em japonês) é uma síndrome cultural caracterizada por ansiedade e evitação de situações interpessoais em razão de pensamento, sentimento ou convicção de que a aparência pessoal e as próprias atitudes nas interações sociais são inadequadas ou ofensivas aos outros. Nos Estados Unidos, a variante envolve ter um odor corporal ofensivo e é conhecida como *síndrome de referência olfativa*. Indivíduos com *taijin kyofusho* tendem a se concentrar no impacto de seus sintomas e comportamentos nos outros. Variantes incluem preocupações importantes acerca do rubor facial (eritrofobia), ter um odor corporal ofensivo (síndrome de referência olfativa), fixar os olhos nas outras pessoas de forma inapropriada (demasiado ou muito pouco contato visual), expressão facial ou movimentos corporais rígidos ou estranhos (p. ex., rigidez, tremores) ou deformidade corporal.

Taijin kyofusho é um conceito mais amplo do que o transtorno de ansiedade social no DSM-5. Além de ansiedade de desempenho, *taijin kyofusho* inclui duas formas relacionadas à cultura: um "tipo sensível", com sensibilidade e ansiedade social extremas acerca de interações interpessoais, e um "tipo ofensivo", no qual a principal preocupação é ofender os outros. Dessa forma, como uma categoria, *taijin kyofusho* inclui síndromes com aspectos de transtorno dismórfico corporal, bem como transtorno delirante. As preocupações podem ter um caráter delirante, sendo refratárias a medidas simples de tranquilização e contraexemplos.

Os sintomas típicos de *taijin kyofusho* ocorrem em contextos culturais específicos e, até certo ponto, com ansiedade social mais grave pelas culturas. Síndromes semelhantes são encontradas na Coreia e em outras sociedades que enfatizam fortemente a manutenção autoconsciente de um comportamento social apropriado em relações interpessoais hierárquicas. Sintomas similares a *taijin kyofusho* também foram descritos em outros contextos culturais, incluindo Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Taein kong po* na Coreia.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno de ansiedade social, transtorno dismórfico corporal, transtorno delirante, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome de referência olfativa (um tipo de outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado). A síndrome de referência olfativa está relacionada especificamente à variante *jikoshu-kyofu* de *taijin kyofusho*, cujo sintoma central é a preocupação de que a pessoa emite um odor corporal ofensivo. Essa apresentação é vista em diversas culturas fora do Japão.

Página propositalmente deixada em branco

Listagem Alfabética dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC e CID-10-MC)

Os códigos do CID-9-MC deverão ser usados para finalidades de codificação nos Estados Unidos até 30 de setembro de 2014. Os códigos do CID-10-MC passarão a ser usados a partir de 1º de outubro de 2014.

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
291.81		Abstinência de álcool
	F10.232	Com perturbações da percepção
	F10.239	Sem perturbações da percepção
292.0	F15.23	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante
292.0	F15.93	Abstinência de cafeína
292.0	F12.288	Abstinência de *Cannabis*
292.0	F14.23	Abstinência de cocaína
		Abstinência de estimulantes *(ver abstinência de anfetamina ou cocaína para códigos específicos)*
292.0	F11.23	Abstinência de opioides
292.0	F19.239	Abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
292.0		Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.232	Com perturbações da percepção
	F13.239	Sem perturbações da percepção
292.0	F17.203	Abstinência de tabaco
		Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado
995.81	T74.11XD	Consulta de seguimento
995.81	T74.11XA	Consulta inicial
		Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado
995.81	T76.11XD	Consulta de seguimento
995.81	T76.11XA	Consulta inicial
		Abuso físico infantil confirmado
995.54	T74.12XD	Consulta de seguimento
995.54	T74.12XA	Consulta inicial
		Abuso físico infantil suspeitado
995.54	T76.12XD	Consulta de seguimento
995.54	T76.12XA	Consulta inicial
		Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado
995.82	T74.31XD	Consulta de seguimento
995.82	T74.31XA	Consulta inicial

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado
995.82	T76.31XD	Consulta de seguimento
995.82	T76.31XA	Consulta inicial
		Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro confirmado
995.82	T74.31XD	Consulta de seguimento
995.82	T74.31XA	Consulta inicial
		Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro suspeitado
995.82	T76.31XD	Consulta de seguimento
995.82	T76.31XA	Consulta inicial
		Abuso psicológico infantil confirmado
995.51	T74.32XD	Consulta de seguimento
995.51	T74.32XA	Consulta inicial
		Abuso psicológico infantil suspeitado
995.51	T76.32XD	Consulta de seguimento
995.51	T76.32XA	Consulta inicial
		Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado
995.83	T74.21XD	Consulta de seguimento
995.83	T74.21XA	Consulta inicial
		Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado
995.83	T76.21XD	Consulta de seguimento
995.83	T76.21XA	Consulta inicial
		Abuso sexual infantil confirmado
995.53	T74.22XD	Consulta de seguimento
995.53	T74.22XA	Consulta inicial
		Abuso sexual infantil suspeitado
995.53	T76.22XD	Consulta de seguimento
995.53	T76.22XA	Consulta inicial
333.99	G25.71	Acatisia aguda induzida por medicamento
333.99	G25.71	Acatisia tardia
V65.49	Z70.9	Aconselhamento sexual
300.22	F40.00	Agorafobia
V62.4	Z60.5	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida)
300.12	F44.0	Amnésia dissociativa
300.13	F44.1	Amnésia dissociativa, Com fuga dissociativa
307.1		Anorexia nervosa
	F50.02	Tipo compulsão alimentar purgativa
	F50.01	Tipo restritivo
		Apneia central do sono
780.57	G47.37	Apneia central do sono comórbida com uso de opioides
327.21	G47.31	Apneia central do sono tipo idiopática
786.04	R06.3	Respiração de Cheyne-Stokes
327.23	G47.33	Apneia e hipopneia obstrutivas do sono
315.8	F88	Atraso global do desenvolvimento
V60.2	Z59.6	Baixa renda
307.51	F50.2	Bulimia nervosa
293.89	F06.1	Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia)

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
293.89	F06.1	Catatonia não especificada (*codificar primeiro* 781.99 [R29.818] outros sintomas envolvendo os sistemas nervoso e musculoesquelético)
312.32	F63.3	Cleptomania
V71.01	Z72.811	Comportamento antissocial adulto
V71.02	Z72.810	Comportamento antissocial de criança ou adolescente
V62.5	Z65.0	Condenação em processo cível ou criminal sem prisão
V61.29	Z62.898	Criança afetada por sofrimento na relação dos pais
		Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual)
318.1	F72	Grave
317	F70	Leve
318.0	F71	Moderada
318.2	F73	Profunda
319	F79	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) não especificada
		Delirium
293.0	F05	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
293.0	F05	*Delirium* devido a outra condição médica
292.81		*Delirium* induzido por medicamento (*para códigos do CID-10-MC, ver substâncias específicas)*
		Delirium por abstinência de substância *(ver códigos de substâncias específicas)*
		Delirium por intoxicação por substância *(ver códigos de substâncias específicas)*
	F15.921	*Delirium* induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F19.921	*Delirium* induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F13.921	*Delirium* induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
780.09	R41.0	*Delirium* não especificado
291.0	F10.231	*Delirium* por abstinência de álcool
292.0	F11.23	*Delirium* por abstinência de opioide
292.0	F19.231	*Delirium* por abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
292.0	F13.231	*Delirium* por abstinência de sedativo, hipnótico ou ansiolítico
		Delirium por abstinência de substância *(ver substâncias específicas para códigos)*
291.0		*Delirium* por intoxicação por álcool
	F10.121	Com transtorno por uso, Leve
	F10.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.121	Com transtorno por uso, Leve
	F15.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por *Cannabis*
	F12.121	Com transtorno por uso, Leve
	F12.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.921	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.81		*Delirium* por intoxicação por cocaína
	F14.121	Com transtorno por uso, Leve
	F14.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por fenciclidina
	F16.121	Com transtorno por uso, Leve
	F16.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por inalantes
	F18.121	Com transtorno por uso, Leve
	F18.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.921	Sem transtorno por uso
292.81	F11.921	*Delirium* por intoxicação por opioides
	F11.121	Com transtorno por uso, Leve
	F11.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.121	Com transtorno por uso, Leve
	F19.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por outro alucinógeno
	F16.121	Com transtorno por uso, Leve
	F16.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.921	Sem transtorno por uso
292.81		*Delirium* por intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.121	Com transtorno por uso, Leve
	F13.221	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.921	Sem transtorno por uso
		Delirium por intoxicação por substância *(ver substâncias específicas para códigos)*
V62.89	Z64.4	Desentendimento com provedor de assistência social, inclusive oficial de condicional, gerente de caso ou assistente social
V60.89	Z59.2	Desentendimento com vizinho, locatário ou locador
V62.4	Z60.3	Dificuldade de aculturação
333.85	G24.01	Discinesia tardia
302.85	F64.1	Disforia de gênero em adolescentes e adultos
302.6	F64.2	Disforia de gênero em crianças
302.6	F64.9	Disforia de gênero não especificada
291.89		Disfunção sexual induzida por álcool
	F10.181	Com transtorno por uso, leve
	F10.281	Com transtorno por uso, moderado ou grave
	F10.981	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.89		Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.181	Com transtorno por uso, Leve
	F15.281	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.981	Sem transtorno por uso
292.89		Disfunção sexual induzida por cocaína
	F14.181	Com transtorno por uso, Leve
	F14.281	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.981	Sem transtorno por uso
292.89		Disfunção sexual induzida por opioide
	F11.181	Com transtorno por uso, Leve
	F11.281	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.981	Sem transtorno por uso
292.89		Disfunção sexual induzida por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.181	Com transtorno por uso, Leve
	F19.281	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.981	Sem transtorno por uso
292.89		Disfunção sexual induzida por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.181	Com transtorno por uso, Leve
	F13.281	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.981	Sem transtorno por uso
		Disfunção sexual induzida por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
302.70	F52.9	Disfunção sexual não especificada
333.72	G24.02	Distonia aguda induzida por medicamento
333.72	G24.09	Distonia tardia
V61.8	Z62.29	Educação longe dos pais
302.75	F52.4	Ejaculação prematura (precoce)
302.74	F52.32	Ejaculação retardada
307.7	F98.1	Encoprese
307.6	F98.0	Enurese
		Especificador de ataque de pânico
295.90	F20.9	Esquizofrenia
V62.4	Z60.4	Exclusão ou rejeição social
V62.22	Z65.5	Exposição a desastre, guerra ou outras hostilidades
V60.2	Z59.4	Falta de alimento adequado ou de água potável para consumo
316	F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
		Fobia específica
300.29	F40.228	Ambiente natural
300.29	F40.218	Animal
300.29	F40.298	Outro
300.29		Sangue-injeção-ferimentos
	F40.233	Medo de ferimentos
	F40.231	Medo de injeções e transfusões
	F40.232	Medo de outros cuidados médicos
	F40.230	Medo de sangue
300.29	F40.248	Situacional

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
V62.89	R41.83	Funcionamento intelectual *borderline*
		Hipoventilação relacionada ao sono
327.25	G47.35	Hipoventilação alveolar central congênita
327.24	G47.34	Hipoventilação idiopática
327.26	G47.36	Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
V15.59	Z91.5	História pessoal de autolesão
V62.22	Z91.82	História pessoal de preparação militar
V63.9	Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade de instalações de atendimento de saúde
V63.8	Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda
303.00		Intoxicação por álcool
	F10.129	Com transtorno por uso, Leve
	F10.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante
		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, Com perturbações da percepção
	F15.122	Com transtorno por uso, Leve
	F15.222	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.922	Sem transtorno por uso
		Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, Sem perturbações da percepção
	F15.129	Com transtorno por uso, Leve
	F15.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.929	Sem transtorno por uso
305.90	F15.929	Intoxicação por cafeína
292.89		Intoxicação por *Cannabis*
		Intoxicação por *Cannabis*, Com perturbações da percepção
	F12.122	Com transtorno por uso, Leve
	F12.222	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.922	Sem transtorno por uso
		Intoxicação por *Cannabis*, Sem perturbações da percepção
	F12.129	Com transtorno por uso, Leve
	F12.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.929	Sem transtorno por uso
		Intoxicação por estimulantes *(ver intoxicação por anfetamina ou cocaína para códigos específicos)*
292.89		Intoxicação por fenciclidina
	F16.129	Com transtorno por uso, Leve
	F16.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por inalantes
	F18.129	Com transtorno por uso, Leve
	F18.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por opioides

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Intoxicação por opioides, Com perturbações da percepção
	F11.122	Com transtorno por uso, Leve
	F11.222	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.922	Sem transtorno por uso
		Intoxicação por opioides, Sem perturbações da percepção
	F11.129	Com transtorno por uso, Leve
	F11.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.129	Com transtorno por uso, Leve
	F19.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por outros alucinógenos
	F16.129	Com transtorno por uso, Leve
	F16.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
	F13.129	Com transtorno por uso, Leve
	F13.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.929	Sem transtorno por uso
292.89		Intoxicação por uso de cocaína
		Intoxicação por uso de cocaína, Com perturbações da percepção
	F14.122	Com transtorno por uso, Leve
	F14.222	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.922	Sem transtorno por uso
		Intoxicação por uso de cocaína, Sem perturbações da percepção
	F14.129	Com transtorno por uso, Leve
	F14.229	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.929	Sem transtorno por uso
V62.82	Z63.4	Luto sem complicações
V60.1	Z59.1	Moradia inadequada
V60.9	Z59.9	Moradia ou problema econômico não especificado
310.1	F07.0	Mudança de personalidade devido a outra condição médica
313.23	F94.0	Mutismo seletivo
V15.81	Z91.19	Não adesão a tratamento médico
		Narcolepsia
347.00	G47.419	Ataxia cerebelar dominante autossômica, surdez e narcolepsia
347.00	G47.419	Narcolepsia autossômica dominante, obesidade e diabetes tipo 2
347.01	G47.411	Narcolepsia com cataplexia, porém sem deficiência de hipocretina
347.10	G47.429	Narcolepsia secundária a outra condição médica
347.00	G47.419	Narcolepsia sem cataplexia, porém com deficiência de hipocretina
		Negligência de cônjuge ou parceiro confirmada
995.85	T74.01XD	Consulta de seguimento
995.85	T74.01XA	Consulta inicial

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Negligência de cônjuge ou parceiro suspeitada
995.85	T76.01XD	Consulta de seguimento
995.85	T76.01XA	Consulta inicial
		Negligência infantil confirmada
995.52	T74.02XD	Consulta de seguimento
995.52	T74.02XA	Consulta inicial
		Negligência infantil suspeitada
995.52	T76.02XD	Consulta de seguimento
995.52	T76.02XA	Consulta inicial
V61.8	Z63.8	Nível de expressão emocional alto na família
V60.0	Z59.0	Os sem-teto
302.6	F64.8	Outra disforia de gênero especificada
302.79	F52.8	Outra disfunção sexual especificada
V15.49	Z91.49	Outra história pessoal de trauma psicológico
		Outras circunstâncias relacionadas a abuso de adulto por não cônjuge ou não parceiro
V62.83	Z69.82	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
V65.49	Z69.81	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas a abuso físico infantil
V62.83	Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil não parental
V61.22	Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil parental
V61.21	Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil não parental
V61.21	Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil por um dos pais
V15.41	Z62.810	História pessoal (história anterior) de abuso físico na infância
		Outras circunstâncias relacionadas a abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V61.12	Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V61.11	Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V15.42	Z91.411	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas a abuso psicológico infantil
V62.83	Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil não parental
V61.22	Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil parental
V61.21	Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil não parental
V61.21	Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil por um dos pais
V15.42	Z62.811	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico na infância

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Outras circunstâncias relacionadas a abuso sexual infantil
V62.83	Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil não parental
V61.22	Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil parental
V61.21	Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítimas de abuso sexual infantil não parental
V61.21	Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil por um dos pais
V15.41	Z62.810	História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância
		Outras circunstâncias relacionadas à negligência de cônjuge ou parceiro
V61.12	Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro
V61.11	Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro
V15.42	Z91.412	História pessoal (história anterior) de negligência de cônjuge ou parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas à negligência infantil
V62.83	Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil não parental
V61.22	Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil parental
V61.21	Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil não parental
V61.21	Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil por um dos pais
V15.42	Z62.812	História pessoal (história anterior) de negligência na infância
		Outras circunstâncias relacionadas à violência física contra cônjuge ou parceiro
V61.12	Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência física de cônjuge ou parceiro
V61.11	Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência física de cônjuge ou parceiro
V15.41	Z91.410	História pessoal (história anterior) de violência física de cônjuge ou parceiro
		Outras circunstâncias relacionadas à violência sexual de cônjuge ou parceiro
V61.12	Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V61.11	Z69.81	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V15.41	Z91.410	História pessoal (história anterior) de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V65.40	Z71.9	Outro aconselhamento ou consulta
780.09	R41.0	Outro *delirium* especificado
V62.89	Z65.8	Outro problema relacionado a circunstâncias psicossociais
V62.29	Z56.9	Outro problema relacionado a emprego
307.59	F50.8	Outro transtorno alimentar especificado
296.89	F31.89	Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
301.89	F60.89	Outro transtorno da personalidade especificado
300.09	F41.8	Outro transtorno de ansiedade especificado
314.01	F90.8	Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado
780.54	G47.19	Outro transtorno de hipersonolência especificado
780.52	G47.09	Outro transtorno de insônia especificado
300.89	F45.8	Outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado
307.20	F95.8	Outro transtorno de tique especificado
311	F32.8	Outro transtorno depressivo especificado
312.89	F91.8	Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta especificado
300.15	F44.89	Outro transtorno dissociativo especificado
298.8	F28	Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado
333.99	G25.79	Outro transtorno do movimento induzido por medicamento
315.8	F88	Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado
780.59	G47.8	Outro transtorno do sono-vigília especificado
300.9	F99	Outro transtorno mental especificado
294.8	F06.8	Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica
300.3	F42	Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado
302.89	F65.89	Outro transtorno parafílico especificado
309.89	F43.8	Outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado
		Outros efeitos adversos dos medicamentos
995.20	T50.905D	Consulta de seguimento
995.20	T50.905A	Consulta inicial
995.20	T50.905S	Sequelas
V15.89	Z91.89	Outros fatores de risco pessoais
332.1	G21.11	Parkinsonismo induzido por neuroléptico
332.1	G21.19	Parkinsonismo induzido por outro medicamento
V40.31	Z91.83	Perambulação associada a algum transtorno mental
307.52		Pica
	F50.8	Em adultos
	F98.3	Em crianças
312.33	F63.1	Piromania
V60.2	Z59.5	Pobreza extrema
331.9	G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy
331.9	G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal
331.9	G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer
331.9	G31.9	Possível transtorno neurocognitivo vascular maior
V62.5	Z65.1	Prisão ou outro encarceramento
V62.3	Z55.9	Problema acadêmico ou educacional
V61.8	Z62.891	Problema de relacionamento com irmão

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
V61.20	Z62.820	Problema de relacionamento entre pais e filhos
V62.9	Z65.9	Problema não especificado relacionado a circunstâncias psicossociais não especificadas
V62.9	Z60.9	Problema não especificado relacionado ao ambiente social
V62.21	Z56.82	Problema relacionado à condição atual de preparação militar
V62.89	Z60.0	Problema relacionado à fase da vida
V60.6	Z59.3	Problema relacionado a moradia em instituição especial
V60.3	Z60.2	Problema relacionado a morar sozinho
V69.9	Z72.9	Problema relacionado ao estilo de vida
V62.89	Z65.8	Problema religioso ou espiritual
V61.7	Z64.0	Problemas relacionados à gravidez indesejada
V62.5	Z65.2	Problemas relacionados à libertação da prisão
V61.5	Z64.1	Problemas relacionados a múltiplas gestações
V62.5	Z65.3	Problemas relacionados a outras circunstâncias legais
		Provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy (*codificar em primeiro lugar* 331.82 [G31.83] doença com corpos de Lewy)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal (*codificar em primeiro lugar* 331.19 [G31.09] doença frontotemporal)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer (*codificar em primeiro lugar* 331.0 [G30.9] doença de Alzheimer)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Provável transtorno neurocognitivo vascular maior
290.40	F01.51	Com perturbação comportamental
290.40	F01.50	Sem perturbação comportamental
V61.03	Z63.5	Ruptura da família por separação ou divórcio
V60.2	Z59.7	Seguro social ou previdência social insuficientes
V65.2	Z76.5	Simulação
333.94	G25.81	Síndrome das pernas inquietas
		Síndrome de descontinuação de antidepressivos
995.29	T43.205D	Consulta de seguimento
995.29	T43.205A	Consulta inicial
995.29	T43.205S	Sequelas
333.92	G21.0	Síndrome neuroléptica maligna
278.00	E66.9	Sobrepeso ou obesidade
V61.10	Z63.0	Sofrimento na relação com o cônjuge ou parceiro íntimo
307.50	F50.9	Transtorno alimentar não especificado
307.59	F50.8	Transtorno alimentar restritivo/evitativo

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
293.83		Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica
	F06.33	Com características maníacas
	F06.34	Com características mistas
	F06.33	Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco
291.89		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por álcool
	F10.14	Com transtorno por uso, Leve
	F10.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.14	Com transtorno por uso, Leve
	F15.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína
	F14.14	Com transtorno por uso, Leve
	F14.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por fenciclidina
	F16.14	Com transtorno por uso, Leve
	F16.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.14	Com transtorno por uso, Leve
	F19.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outro alucinógeno
	F16.14	Com transtorno por uso, Leve
	F16.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.14	Com transtorno por uso, Leve
	F13.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.94	Sem transtorno por uso
		Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
296.80	F31.9	Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado
		Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo
296.54	F31.5	Com características psicóticas
296.56	F31.76	Em remissão completa
296.55	F31.75	Em remissão parcial
296.53	F31.4	Grave

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
296.51	F31.31	Leve
296.52	F31.32	Moderado
296.50	F31.9	Não especificado
296.40	F31.0	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco
296.46	F31.74	Em remissão completa
296.45	F31.73	Em remissão parcial
296.40	F31.9	Não especificado
		Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco
296.44	F31.2	Com características psicóticas
296.46	F31.74	Em remissão completa
296.45	F31.73	Em remissão parcial
296.43	F31.13	Grave
296.41	F31.11	Leve
296.42	F31.12	Moderado
296.40	F31.9	Não especificado
296.7	F31.9	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente não especificado
296.89	F31.81	Transtorno bipolar tipo II
293.89	F06.1	Transtorno catatônico devido a outra condição médica
301.13	F34.0	Transtorno ciclotímico
327.42	G47.52	Transtorno comportamental do sono REM
300.11		Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)
	F44.6	Com anestesia ou perda sensorial
	F44.5	Com ataques ou convulsões
	F44.4	Com fraqueza ou paralisia
	F44.4	Com movimento anormal
	F44.4	Com sintoma de fala
	F44.6	Com sintoma sensorial especial
	F44.4	Com sintomas de deglutição
	F44.7	Com sintomas mistos
307.9	F80.9	Transtorno da comunicação não especificado
315.39	F80.89	Transtorno da comunicação social (pragmática)
		Transtorno da conduta
312.89	F91.9	Início não especificado
312.82	F91.2	Tipo com início na adolescência
312.81	F91.1	Tipo com início na infância
302.76	F52.6	Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração
		Transtorno da eliminação especificado
787.60	R15.9	Com sintomas fecais
788.39	N39.498	Com sintomas urinários
		Transtorno da eliminação não especificado
787.60	R15.9	Com sintomas fecais
788.30	R32	Com sintomas urinários
315.39	F80.0	Transtorno da fala
307.0	F98.5	Transtorno da fluência com início na idade adulta

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
315.35	F80.81	Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)
315.32	F80.2	Transtorno da linguagem
301.7	F60.2	Transtorno da personalidade antissocial
301.83	F60.3	Transtorno da personalidade *borderline*
301.6	F60.7	Transtorno da personalidade dependente
301.20	F60.1	Transtorno da personalidade esquizoide
301.22	F21	Transtorno da personalidade esquizotípica
301.82	F60.6	Transtorno da personalidade evitativa
301.50	F60.4	Transtorno da personalidade histriônica
301.9	F60.9	Transtorno da personalidade não especificado
301.81	F60.81	Transtorno da personalidade narcisista
301.4	F60.5	Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
301.0	F60.0	Transtorno da personalidade paranoide
300.3	F42	Transtorno de acumulação
300.7	F45.21	Transtorno de ansiedade de doença
309.21	F93.0	Transtorno de ansiedade de separação
293.84	F06.4	Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica
300.02	F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada
291.89		Transtorno de ansiedade induzido por álcool
	F10.180	Com transtorno por uso, Leve
	F10.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.180	Com transtorno por uso, Leve
	F15.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por cafeína
	F15.180	Com transtorno por uso, Leve
	F15.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*
	F12.180	Com transtorno por uso, Leve
	F12.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por cocaína
	F14.180	Com transtorno por uso, Leve
	F14.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina
	F16.180	Com transtorno por uso, Leve
	F16.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por inalante
	F18.180	Com transtorno por uso, Leve
	F18.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.980	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por opioides
	F11.188	Com transtorno por uso, Leve
	F11.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.180	Com transtorno por uso, Leve
	F19.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por outro alucinógeno
	F16.180	Com transtorno por uso, Leve
	F16.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.980	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno de ansiedade induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.180	Com transtorno por uso, Leve
	F13.280	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.980	Sem transtorno por uso
		Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
300.00	F41.9	Transtorno de ansiedade não especificado
300.23	F40.10	Transtorno de ansiedade social (fobia social)
313.89	F94.1	Transtorno de apego reativo
307.51	F50.8	Transtorno de compulsão alimentar
		Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
314.01	F90.2	Apresentação combinada
314.00	F90.0	Apresentação predominantemente desatenta
314.01	F90.1	Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva
314.01	F90.9	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado
300.6	F48.1	Transtorno de despersonalização/desrealização
698.4	L98.1	Transtorno de escoriação (*skin-picking*)
308.3	F43.0	Transtorno de estresse agudo
309.81	F43.10	Transtorno de estresse pós-traumático
307.44	F51.11	Transtorno de hipersonolência
780.54	G47.10	Transtorno de hipersonolência não especificado
307.42	F51.01	Transtorno de insônia
780.52	G47.00	Transtorno de insônia não especificado
313.89	F94.2	Transtorno de interação social desinibida
307.3	F98.4	Transtorno de movimento estereotipado
313.81	F91.3	Transtorno de oposição desafiante
300.01	F41.0	Transtorno de pânico
307.53	F98.21	Transtorno de ruminação
300.82	F45.1	Transtorno de sintomas somáticos
300.82	F45.9	Transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
307.22	F95.1	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
307.20	F95.9	Transtorno de tique não especificado
307.21	F95.0	Transtorno de tique transitório
307.23	F95.2	Transtorno de Tourette
297.1	F22	Transtorno delirante
293.83		Transtorno depressivo devido a outra condição médica
	F06.31	Com características depressivas
	F06.32	Com episódio do tipo depressivo maior
	F06.34	Com características mistas
291.89		Transtorno depressivo induzido por álcool
	F10.14	Com transtorno por uso, Leve
	F10.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.14	Com transtorno por uso, Leve
	F15.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por cocaína
	F14.14	Com transtorno por uso, Leve
	F14.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por fenciclidina
	F16.14	Com transtorno por uso, Leve
	F16.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por inalante
	F18.14	Com transtorno por uso, Leve
	F18.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por opioide
	F11.14	Com transtorno por uso, Leve
	F11.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.14	Com transtorno por uso, Leve
	F19.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por outro alucinógeno
	F16.14	Com transtorno por uso, Leve
	F16.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.94	Sem transtorno por uso
292.84		Transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.14	Com transtorno por uso, Leve
	F13.24	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.94	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
		Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente
296.34	F33.3	Com características psicóticas
296.36	F33.42	Em remissão completa
296.35	F33.41	Em remissão parcial
296.33	F33.2	Grave
296.31	F33.0	Leve
296.32	F33.1	Moderado
296.30	F33.9	Não especificado
		Transtorno depressivo maior, Episódio único
296.24	F32.3	Com características psicóticas
296.26	F32.5	Em remissão completa
296.25	F32.4	Em remissão parcial
296.23	F32.2	Grave
296.21	F32.0	Leve
296.22	F32.1	Moderado
296.20	F32.9	Não especificado
311	F32.9	Transtorno depressivo não especificado
300.4	F34.1	Transtorno depressivo persistente (distimia)
625.4	N94.3	Transtorno disfórico pré-menstrual
300.7	F45.22	Transtorno dismórfico corporal
296.99	F34.8	Transtorno disruptivo da desregulação do humor
312.9	F91.9	Transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta não especificado
300.14	F44.81	Transtorno dissociativo de identidade
300.15	F44.9	Transtorno dissociativo não especificado
302.71	F52.0	Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo
315.4	F82	Transtorno do desenvolvimento da coordenação
299.00	F84.0	Transtorno do espectro autista
298.9	F29	Transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado
302.72	F52.22	Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
312.31	F63.0	Transtorno do jogo
302.83	F65.51	Transtorno do masoquismo sexual
315.9	F89	Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
302.73	F52.31	Transtorno do orgasmo feminino
307.47	F51.5	Transtorno do pesadelo
302.84	F65.52	Transtorno do sadismo sexual
291.82		Transtorno do sono induzido por álcool
	F10.182	Com transtorno por uso, Leve
	F10.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.982	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.182	Com transtorno por uso, Leve
	F15.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.982	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.85		Transtorno do sono induzido por cafeína
	F15.182	Com transtorno por uso, Leve
	F15.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.982	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por *Cannabis*
	F12.188	Com transtorno por uso, Leve
	F12.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.988	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por cocaína
	F14.182	Com transtorno por uso, Leve
	F14.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.982	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por opioides
	F11.182	Com transtorno por uso, Leve
	F11.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F11.982	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.182	Com transtorno por uso, Leve
	F19.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.982	Sem transtorno por uso
292.85		Transtorno do sono induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.182	Com transtorno por uso, Leve
	F13.282	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.982	Sem transtorno por uso
		Transtorno do sono induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
292.85		Transtorno do sono induzido por tabaco
	F17.208	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
780.59	G47.9	Transtorno do sono-vigília não especificado
302.72	F52.21	Transtorno erétil
		Transtorno específico da aprendizagem
315.2	F81.81	Com prejuízo na expressão escrita
315.00	F81.0	Com prejuízo na leitura
315.1	F81.2	Com prejuízo na matemática
		Transtorno esquizoafetivo
295.70	F25.0	Tipo bipolar
295.70	F25.1	Tipo depressivo
295.40	F20.81	Transtorno esquizofreniforme
302.4	F65.2	Transtorno exibicionista
312.34	F63.81	Transtorno explosivo intermitente
300.19	F68.10	Transtorno factício (inclui transtorno factício autoimposto, transtorno factício imposto a outro)
302.81	F65.0	Transtorno fetichista
302.89	F65.81	Transtorno frotteurista

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
300.9	F99	Transtorno mental não especificado
294.9	F09	Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a degeneração lobar frontotemporal
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Huntington
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença do príon
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a infecção por HIV
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica
291.89		Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool
	F10.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalante
	F18.188	Com transtorno por uso, Leve
	F18.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.188	Com transtorno por uso, Leve
	F19.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.988	Sem transtorno por uso
		Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington (*codificar em primeiro lugar* 333.4 [G10] doença de Huntington)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon (*codificar em primeiro lugar* 046.79 [A81.9] doença do príon)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV (*codificar em primeiro lugar* 042[B20] infecção por HIV)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática (*codificar em primeiro lugar* 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fratura do crânio [S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa, com perda de consciência de duração não especificada, sequela])
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
		Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
291.1		Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo amnéstico confabulatório
	F10.26	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.96	Sem transtorno por uso
291.2		Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo não amnéstico confabulatório
	F10.27	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.97	Sem transtorno por uso
292.82		Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalante
	F18.17	Com transtorno por uso, Leve
	F18.27	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.97	Sem transtorno por uso
292.82		Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.17	Com transtorno por uso, Leve
	F19.27	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.97	Sem transtorno por uso
292.82		Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.27	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.97	Sem transtorno por uso
		Transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
331.9	G31.9	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson
		Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson (*codificar em primeiro lugar* 332.02 [G20] doença de Parkinson)
294.11	F02.81	Com perturbação comportamental
294.10	F02.80	Sem perturbação comportamental
799.59	R41.9	Transtorno neurocognitivo não especificado
331.83	G31.84	Transtorno neurocognitivo vascular leve
300.3	F42	Transtorno obsessivo-compulsivo
294.8	F06.8	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica
		Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
300.3	F42	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.89		Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.188	Com transtorno por uso, Leve
	F15.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por cocaína
	F14.188	Com transtorno por uso, Leve
	F14.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.988	Sem transtorno por uso
292.89		Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.188	Com transtorno por uso, Leve
	F19.288	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.988	Sem transtorno por uso
302.9	F65.9	Transtorno parafílico não especificado
302.2	F65.4	Transtorno pedofílico
292.89	F16.983	Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos
		Transtorno por uso de álcool
303.90	F10.20	Grave
305.00	F10.10	Leve
303.90	F10.20	Moderado
		Transtorno por uso de *Cannabis*
304.30	F12.20	Grave
305.20	F12.10	Leve
304.30	F12.20	Moderado
		Transtorno por uso de cocaína
304.20	F14.20	Grave
305.60	F14.10	Leve
304.20	F14.20	Moderado
		Transtorno por uso de estimulantes *(ver transtorno por uso de anfetamina ou cocaína para códigos específicos)*
		Transtorno por uso de fenciclidina
304.60	F16.20	Grave
305.90	F16.10	Leve
304.60	F16.20	Moderado
		Transtorno por uso de inalantes
304.60	F18.20	Grave
305.90	F18.10	Leve
304.60	F18.20	Moderado
		Transtorno por uso de opioides
304.00	F11.20	Grave
305.50	F11.10	Leve
304.00	F11.20	Moderado

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida)
304.90	F19.20	Grave
305.90	F19.10	Leve
304.90	F19.20	Moderado
		Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Leve
304.40	F15.20	Moderado
		Transtorno por uso de outros alucinógenos
304.50	F16.20	Grave
305.30	F16.10	Leve
304.50	F16.20	Moderado
		Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
304.10	F13.20	Grave
305.40	F13.10	Leve
304.10	F13.20	Moderado
		Transtorno por uso de substância tipo anfetamina
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Leve
304.40	F15.20	Moderado
		Transtorno por uso de tabaco
305.1	F17.200	Grave
305.1	Z72.0	Leve
305.1	F17.200	Moderado
298.8	F23	Transtorno psicótico breve
		Transtorno psicótico devido a outra condição médica
293.82	F06.0	Com alucinações
293.81	F06.2	Com delírios
291.9		Transtorno psicótico induzido por álcool
	F10.159	Com transtorno por uso, Leve
	F10.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F10.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
	F15.159	Com transtorno por uso, Leve
	F15.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F15.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*
	F12.159	Com transtorno por uso, Leve
	F12.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F12.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por cocaína
	F14.159	Com transtorno por uso, Leve
	F14.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F14.959	Sem transtorno por uso

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
292.9		Transtorno psicótico induzido por fenciclidina
	F16.159	Com transtorno por uso, Leve
	F16.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por inalantes
	F18.159	Com transtorno por uso, Leve
	F18.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F18.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
	F19.159	Com transtorno por uso, Leve
	F19.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F19.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por outro alucinógeno
	F16.159	Com transtorno por uso, Leve
	F16.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F16.959	Sem transtorno por uso
292.9		Transtorno psicótico induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
	F13.159	Com transtorno por uso, Leve
	F13.259	Com transtorno por uso, Moderado ou grave
	F13.959	Sem transtorno por uso
		Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento *(ver substâncias específicas para códigos)*
292.9	F16.99	Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado
292.9	F15.99	Transtorno relacionado à cafeína não especificado
292.9	F12.99	Transtorno relacionado a *Cannabis* não especificado
292.9		Transtorno relacionado a estimulantes não especificado
	F15.99	Transtorno relacionado a anfetamina ou outro estimulante não especificado
	F14.99	Transtorno relacionado a cocaína não especificado
292.9	F16.99	Transtorno relacionado a feniciclidina não especificado
292.9	F18.99	Transtorno relacionado a inalantes não especificado
292.9	F11.99	Transtorno relacionado a opioides não especificado
292.9	F19.99	Transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) não especificado
292.9	F13.99	Transtorno relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não especificado
292.9	F17.209	Transtorno relacionado a tabaco não especificado
309.9	F43.9	Transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado
291.9	F10.99	Transtorno relacionado ao álcool não especificado
302.3	F65.1	Transtorno transvéstico
302.82	F65.3	Transtorno voyeurista

CID-9-MC	CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
		Transtornos de adaptação
309.24	F43.22	Com ansiedade
309.0	F43.21	Com humor deprimido
309.28	F43.23	Com misto de ansiedade e depressão
309.3	F43.24	Com perturbação da conduta
309.4	F43.25	Com perturbação mista das emoções e da conduta
309.9	F43.20	Não especificado
		Transtornos de despertar do sono não REM
307.46	F51.3	Tipo sonambulismo
307.46	F51.4	Tipo terror no sono
		Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano
307.45	G47.21	Tipo fase de sono atrasada
307.45	G47.22	Tipo fase de sono avançada
307.45	G47.20	Tipo não especificado
307.45	G47.23	Tipo sono-vigília irregular
307.45	G47.24	Tipo sono-vigília não de 24 horas
307.45	G47.26	Tipo trabalho em turnos
333.1	G25.1	Tremor postural induzido por medicamento
312.39	F63.3	Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
		Violência física de cônjuge ou parceiro confirmada
995.81	T74.11XD	Consulta de seguimento
995.81	T74.11XA	Consulta inicial
		Violência física de cônjuge ou parceiro suspeitada
995.81	T76.11XD	Consulta de seguimento
995.81	T76.11XA	Consulta inicial
		Violência sexual de cônjuge ou parceiro confirmada
995.83	T74.21XD	Consulta de seguimento
995.83	T74.21XA	Consulta inicial
		Violência sexual de cônjuge ou parceiro suspeitada
995.83	T76.21XD	Consulta de seguimento
995.83	T76.21XA	Consulta inicial
V62.89	Z65.4	Vítima de crime
V62.89	Z65.4	Vítima de terrorismo ou tortura

Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-9-MC)

Os códigos do CID-9-MC deverão ser usados para codificação nos Estados Unidos até 30 de setembro de 2014.

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
278.00	Sobrepeso ou obesidade
290.40	Provável transtorno neurocognitivo vascular maior, Com perturbação comportamental
290.40	Provável transtorno neurocognitivo vascular maior, Sem perturbação comportamental
291.0	*Delirium* por intoxicação por álcool
291.0	*Delirium* por abstinência de álcool
291.1	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo amnéstico confabulatório
291.2	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo não amnéstico confabulatório
291.81	Abstinência de álcool
291.82	Transtorno do sono induzido por álcool
291.89	Transtorno de ansiedade induzido por álcool
291.89	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por álcool
291.89	Transtorno depressivo induzido por álcool
291.89	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool
291.89	Disfunção sexual induzida por álcool
291.9	Transtorno psicótico induzido por álcool
291.9	Transtorno relacionado ao álcool não especificado
292.0	Abstinência de anfetamina ou outro estimulante
292.0	Abstinência de cafeína
292.0	Abstinência de *Cannabis*
292.0	Abstinência de cocaína
292.0	Abstinência de opioides
292.0	*Delirium* por abstinência de opioide
292.0	Abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
292.0	*Delirium* por abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
292.0	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.0	*Delirium* por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.0	Abstinência de tabaco
292.81	*Delirium* por intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante)
292.81	*Delirium* por intoxicação por *Cannabis*
292.81	*Delirium* por intoxicação por cocaína
292.81	*Delirium* por intoxicação por inalante
292.81	*Delirium* induzido por medicamento
292.81	*Delirium* por intoxicação por opioide

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
292.81	*Delirium* por intoxicação por outro alucinógeno
292.81	*Delirium* por intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida)
292.81	*Delirium* por intoxicação por fenciclidina
292.81	*Delirium* por intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.82	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes
292.82	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.82	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.84	Transtorno depressivo induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína
292.84	Transtorno depressivo induzido por cocaína
292.84	Transtorno depressivo induzido por inalantes
292.84	Transtorno depressivo induzido por opioides
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outro alucinógeno
292.84	Transtorno depressivo induzido por outro alucinógeno
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.84	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por fenciclidina
292.84	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina
292.84	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.84	Transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.85	Transtorno do sono induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.85	Transtorno do sono induzido por cafeína
292.85	Transtorno do sono induzido por *Cannabis*
292.85	Transtorno do sono induzido por cocaína
292.85	Transtorno do sono induzido por opioides
292.85	Transtorno do sono induzido por outras substâncias (ou substâncias desconhecidas)
292.85	Transtorno do sono induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.85	Transtorno do sono induzido por tabaco
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.89	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.89	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante)
292.89	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*
292.89	Intoxicação por *Cannabis*
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína
292.89	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por cocaína
292.89	Disfunção sexual induzida por cocaína
292.89	Intoxicação por cocaína
292.89	Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
292.89	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes
292.89	Intoxicação por inalantes
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por opioides
292.89	Disfunção sexual induzida por opioides
292.89	Intoxicação por opioides
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por outro alucinógeno
292.89	Intoxicação por outros alucinógenos
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por outras substâncias (ou substâncias desconhecidas)
292.89	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.89	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.89	Disfunção sexual induzida por outras substâncias (ou substâncias desconhecidas)
292.89	Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida)
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina
292.89	Intoxicação por fenciclidina
292.89	Transtorno de ansiedade induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.89	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.89	Disfunção sexual induzida por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.89	Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
292.9	Transtorno psicótico induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
292.9	Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*
292.9	Transtorno psicótico induzido por cocaína
292.9	Transtorno psicótico induzido por inalantes
292.9	Transtorno psicótico induzido por outro alucinógeno
292.9	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
292.9	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina
292.9	Transtorno psicótico induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
292.9	Transtorno relacionado à cafeína não especificado
292.9	Transtorno relacionado à *Cannabis* não especificado
292.9	Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado
292.9	Transtorno relacionado a inalantes não especificado
292.9	Transtorno relacionado a opioides não especificado
292.9	Transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) não especificado
292.9	Transtorno relacionado à fenciclidina não especificado
292.9	Transtorno relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não especificado
292.9	Transtorno relacionado a estimulantes não especificado
292.9	Transtorno relacionado ao tabaco não especificado
293.0	*Delirium* devido a outra condição médica
293.0	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
293.81	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, Com delírios
293.82	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, Com alucinações
293.83	Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica
293.83	Transtorno depressivo devido a outra condição médica
293.84	Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica
293.89	Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia)

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
293.89	Transtorno catatônico devido a outra condição médica
293.89	Catatonia não especificada (*codificar primeiro* 781.99 outros sintomas envolvendo os sistemas nervoso e musculoesquelético)
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Sem perturbação comportamental
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 042 infecção por HIV)
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 333.4 doença de Huntington)
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, Sem perturbação comportamental
294.10	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 332.02 doença de Parkinson)
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 046.79 doença do príon)
294.10	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fratura do crânio)
294.10	Provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.19 doença frontotemporal)
294.10	Provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.0 doença de Alzheimer)
294.10	Provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.82 doença com corpos de Lewy)
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Com perturbação comportamental
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 042 infecção por HIV)
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 333.4 doença de Huntington)
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, Com perturbação comportamental
294.11	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 332.02 doença de Parkinson)
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 046.79 doença do príon)
294.11	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 907.0 efeito tardio de lesão intracraniana sem fratura do crânio)
294.11	Provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.19 doença frontotemporal)
294.11	Provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.0 doença de Alzheimer)
294.11	Provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* 331.82 doença com corpos de Lewy)
294.8	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
294.8	Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica
294.9	Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica
295.40	Transtorno esquizofreniforme
295.70	Transtorno esquizoafetivo, Tipo bipolar
295.70	Transtorno esquizoafetivo, Tipo depressivo
295.90	Esquizofrenia
296.20	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Não especificado
296.21	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Leve
296.22	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Moderado
296.23	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Grave
296.24	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Com características psicóticas
296.25	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Em remissão parcial
296.26	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Em remissão completa
296.30	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Não especificado
296.31	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Leve
296.32	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Moderado
296.33	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Grave
296.34	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Com características psicóticas
296.35	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão parcial
296.36	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão completa
296.40	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco
296.40	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Não especificado
296.40	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Não especificado
296.41	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Leve
296.42	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Moderado
296.43	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Grave
296.44	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Com características psicóticas
296.45	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Em remissão parcial
296.45	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Em remissão parcial
296.46	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Em remissão completa
296.46	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Em remissão completa
296.50	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Não especificado
296.51	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Leve
296.52	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Moderado
296.53	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Grave
296.54	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Com características psicóticas
296.55	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Em remissão parcial
296.56	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Em remissão completa
296.7	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente não especificado
296.80	Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado
296.89	Transtorno bipolar tipo II
296.89	Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
296.99	Transtorno disruptivo da desregulação do humor
297.1	Transtorno delirante
298.8	Transtorno psicótico breve
298.8	Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado
298.9	Transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado
299.00	Transtorno do espectro autista
300.00	Transtorno de ansiedade não especificado
300.01	Transtorno de pânico
300.02	Transtorno de ansiedade generalizada
300.09	Outro transtorno de ansiedade especificado
300.11	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)
300.12	Amnésia dissociativa
300.13	Amnésia dissociativa, Com fuga dissociativa
300.14	Transtorno dissociativo de identidade
300.15	Outro transtorno dissociativo especificado
300.15	Transtorno dissociativo não especificado
300.19	Transtorno factício (inclui transtorno factício autoimposto, transtorno factício imposto a outro)
300.22	Agorafobia
300.23	Transtorno de ansiedade social (fobia social)
300.29	Fobia específica, Animal
300.29	Fobia específica, Sangue-injeção-ferimentos
300.29	Fobia específica, Ambiente natural
300.29	Fobia específica, Outro
300.29	Fobia específica, Situacional
300.3	Transtorno de acumulação
300.3	Transtorno obsessivo-compulsivo
300.3	Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado
300.3	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado
300.4	Transtorno depressivo persistente (distimia)
300.6	Transtorno de despersonalização/desrealização
300.7	Transtorno dismórfico corporal
300.7	Transtorno de ansiedade de doença
300.82	Transtorno de sintomas somáticos
300.82	Transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado
300.89	Outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado
300.9	Outro transtorno mental especificado
300.9	Transtorno mental não especificado
301.0	Transtorno da personalidade paranoide
301.13	Transtorno ciclotímico
301.20	Transtorno da personalidade esquizoide
301.22	Transtorno da personalidade esquizotípica
301.4	Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
301.50	Transtorno da personalidade histriônica
301.6	Transtorno da personalidade dependente
301.7	Transtorno da personalidade antissocial

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
301.81	Transtorno da personalidade narcisista
301.82	Transtorno da personalidade evitativa
301.83	Transtorno da personalidade *borderline*
301.89	Outro transtorno da personalidade especificado
301.9	Transtorno da personalidade não especificado
302.2	Transtorno pedofílico
302.3	Transtorno transvéstico
302.4	Transtorno exibicionista
302.6	Disforia de gênero em crianças
302.6	Outra disforia de gênero especificada
302.6	Disforia de gênero não especificada
302.70	Disfunção sexual não especificada
302.71	Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo
302.72	Transtorno erétil
302.72	Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
302.73	Transtorno do orgasmo feminino
302.74	Ejaculação retardada
302.75	Ejaculação prematura (precoce)
302.76	Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração
302.79	Outra disfunção sexual especificada
302.81	Transtorno fetichista
302.82	Transtorno voyeurista
302.83	Transtorno do masoquismo sexual
302.84	Transtorno do sadismo sexual
302.85	Disforia de gênero em adolescentes e adultos
302.89	Transtorno frotteurista
302.89	Outro transtorno parafílico especificado
302.9	Transtorno parafílico não especificado
303.00	Intoxicação por álcool
303.90	Transtorno por uso de álcool, Moderado
303.90	Transtorno por uso de álcool, Grave
304.00	Transtorno por uso de opioides, Moderado
304.00	Transtorno por uso de opioides, Grave
304.10	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Moderado
304.10	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Grave
304.20	Transtorno por uso de cocaína, Moderado
304.20	Transtorno por uso de cocaína, Grave
304.30	Transtorno por uso de *Cannabis,* Moderado
304.30	Transtorno por uso de *Cannabis,* Grave
304.40	Transtorno por uso de substância tipo anfetamina, Moderado
304.40	Transtorno por uso de substância tipo anfetamina, Grave
304.40	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Moderado
304.40	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Grave
304.50	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Moderado
304.50	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Grave
304.60	Transtorno por uso de inalantes, Moderado

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
304.60	Transtorno por uso de inalantes, Grave
304.60	Transtorno por uso de fenciclidina, Moderado
304.60	Transtorno por uso de fenciclidina, Grave
304.90	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Moderado
304.90	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Grave
305.00	Transtorno por uso de álcool, Leve
305.1	Transtorno por uso de tabaco, Leve
305.1	Transtorno por uso de tabaco, Moderado
305.1	Transtorno por uso de tabaco, Grave
305.20	Transtorno por uso de *Cannabis*, Leve
305.30	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Leve
305.40	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Leve
305.50	Transtorno por uso de opioides, Leve
305.60	Transtorno por uso de cocaína, Leve
305.70	Transtorno por uso de substância tipo anfetamina, Leve
305.70	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Leve
305.90	Intoxicação por cafeína
305.90	Transtorno por uso de inalantes, Leve
305.90	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Leve
305.90	Transtorno por uso de fenciclidina, Leve
307.0	Transtorno da fluência com início na idade adulta
307.1	Anorexia nervosa
307.20	Outro transtorno de tique especificado
307.20	Transtorno de tique não especificado
307.21	Transtorno de tique transitório
307.22	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
307.23	Transtorno de Tourette
307.3	Transtorno do movimento estereotipado
307.42	Transtorno de insônia
307.44	Transtorno de hipersonolência
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo fase de sono avançada
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo fase de sono atrasada
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília irregular
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília não de 24 horas
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo trabalho em turnos
307.45	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo não especificado
307.46	Transtornos de despertar do sono não REM, Tipo terror no sono
307.46	Transtornos de despertar do sono não REM, Tipo sonambulismo
307.47	Transtorno do pesadelo
307.50	Transtorno alimentar não especificado
307.51	Transtorno de compulsão alimentar
307.51	Bulimia nervosa
307.52	Pica
307.53	Transtorno de ruminação
307.59	Transtorno alimentar restritivo/evitativo
307.59	Outro transtorno alimentar especificado

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
307.6	Enurese
307.7	Encoprese
307.9	Transtorno da comunicação não especificado
308.3	Transtorno de estresse agudo
309.0	Transtorno de adaptação, Com humor deprimido
309.21	Transtorno de ansiedade de separação
309.24	Transtornos de adaptação, Com ansiedade
309.28	Transtornos de adaptação, Com misto de ansiedade e depressão
309.3	Transtornos de adaptação, Com perturbação da conduta
309.4	Transtornos de adaptação, Com perturbação mista das emoções e da conduta
309.81	Transtorno de estresse pós-traumático
309.89	Outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado
309.9	Transtornos de adaptação, Não especificado
309.9	Transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado
310.1	Mudança de personalidade devido a outra condição médica
311	Outro transtorno depressivo especificado
311	Transtorno depressivo não especificado
312.31	Transtorno do jogo
312.32	Cleptomania
312.33	Piromania
312.34	Transtorno explosivo intermitente
312.39	Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
312.81	Transtorno da conduta, Tipo com início na infância
312.82	Transtorno da conduta, Tipo com início na adolescência
312.89	Transtorno da conduta, Início não especificado
312.89	Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta especificado
312.9	Transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta não especificado
313.23	Mutismo seletivo
313.81	Transtorno de oposição desafiante
313.89	Transtorno de interação social desinibida
313.89	Transtorno de apego reativo
314.00	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação predominantemente desatenta
314.01	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação combinada
314.01	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva
314.01	Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado
314.01	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado
315.00	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na leitura
315.1	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na matemática
315.2	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na expressão escrita
315.32	Transtorno da linguagem
315.35	Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)
315.39	Transtorno da comunicação social (pragmática)
315.39	Transtorno da fala
315.4	Transtorno do desenvolvimento da coordenação

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
315.8	Atraso global do desenvolvimento
315.8	Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado
315.9	Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
316	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
317	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Leve
318.0	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Moderada
318.1	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Grave
318.2	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Profunda
319	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) não especificada
327.21	Apneia central do sono, Apneia central do sono tipo idiopática
327.23	Apneia e hipopneia obstrutivas do sono
327.24	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação idiopática
327.25	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação alveolar central congênita
327.26	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
327.42	Transtorno comportamental do sono REM
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido a degeneração lobar frontotemporal
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido a infecção por HIV
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Huntington
331.83	Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença do príon
331.83	Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática
331.83	Transtorno neurocognitivo vascular leve
331.9	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson
331.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal
331.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer
331.9	Possível transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy
331.9	Possível transtorno neurocognitivo vascular maior
332.1	Parkinsonismo induzido por neuroléptico
332.1	Parkinsonismo induzido por outro medicamento
333.1	Tremor postural induzido por medicamento
333.72	Distonia aguda induzida por medicamento
333.72	Distonia tardia
333.85	Discinesia tardia
333.92	Síndrome neuroléptica maligna
333.94	Síndrome das pernas inquietas
333.99	Acatisia aguda induzida por medicamento
333.99	Outro transtorno do movimento induzido por medicamento
333.99	Acatisia tardia
347.00	Ataxia cerebelar dominante autossômica, surdez e narcolepsia
347.00	Narcolepsia autossômica dominante, obesidade e diabetes tipo 2
347.00	Narcolepsia sem cataplexia, porém com deficiência de hipocretina
347.01	Narcolepsia com cataplexia, porém sem deficiência de hipocretina

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
347.10	Narcolepsia secundária a outra condição médica
625.4	Transtorno disfórico pré-menstrual
698.4	Transtorno de escoriação (*skin-picking*)
780.09	*Delirium* não especificado
780.09	Outro *delirium* especificado
780.52	Outro transtorno de insônia especificado
780.52	Transtorno de insônia não especificado
780.54	Outro transtorno de hipersonolência especificado
780.54	Transtorno de hipersonolência não especificado
780.57	Apneia central do sono, Apneia central do sono comórbida com uso de opioides
780.59	Outro transtorno do sono-vigília especificado
780.59	Transtorno do sono-vigília não especificado
786.04	Apneia central do sono, Respiração de Cheyne-Stokes
787.60	Transtorno da eliminação especificado, Com sintomas fecais
787.60	Transtorno da eliminação não especificado, Com sintomas fecais
788.30	Transtorno da eliminação não especificado, Com sintomas urinários
788.39	Transtorno da eliminação especificado, Com sintomas urinários
799.59	Transtorno neurocognitivo não especificado
995.20	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Consulta inicial
995.20	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Consulta de seguimento
995.20	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Sequelas
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Consulta inicial
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Consulta de seguimento
995.29	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Sequelas
995.51	Abuso psicológico infantil confirmado, Consulta inicial
995.51	Abuso psicológico infantil confirmado, Consulta de seguimento
995.51	Abuso psicológico infantil suspeitado, Consulta inicial
995.51	Abuso psicológico infantil suspeitado, Consulta de seguimento
995.52	Negligência infantil confirmada, Consulta inicial
995.52	Negligência infantil confirmada, Consulta de seguimento
995.52	Negligência infantil suspeitada, Consulta inicial
995.52	Negligência infantil suspeitada, Consulta de seguimento
995.53	Abuso sexual infantil confirmado, Consulta inicial
995.53	Abuso sexual infantil confirmado, Consulta de seguimento
995.53	Abuso sexual infantil suspeitado, Consulta inicial
995.53	Abuso sexual infantil suspeitado, Consulta de seguimento
995.54	Abuso físico infantil confirmado, Consulta inicial
995.54	Abuso físico infantil confirmado, Consulta de seguimento
995.54	Abuso físico infantil suspeitado, Consulta inicial
995.54	Abuso físico infantil suspeitado, Consulta de seguimento
995.81	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
995.81	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
995.81	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
995.81	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
995.81	Violência física de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
995.81	Violência física de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
995.81	Violência física de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
995.81	Violência física de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
995.82	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
995.82	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
995.82	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
995.82	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
995.82	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro confirmado, Consulta inicial
995.82	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro confirmado, Consulta de seguimento
995.82	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro suspeitado, Consulta inicial
995.82	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
995.83	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
995.83	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
995.83	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
995.83	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
995.83	Violência sexual de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
995.83	Violência sexual de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
995.83	Violência sexual de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
995.83	Violência sexual de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
995.85	Negligência de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
995.85	Negligência de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
995.85	Negligência de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
995.85	Negligência de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
V15.41	História pessoal (história anterior) de abuso físico na infância
V15.41	História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância
V15.41	História pessoal (história anterior) de violência física de cônjuge ou parceiro
V15.41	História pessoal (história anterior) de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V15.42	História pessoal (história anterior) de negligência na infância
V15.42	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico na infância
V15.42	História pessoal (história anterior) de negligência de cônjuge ou parceiro
V15.42	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V15.49	Outra história pessoal de trauma psicológico
V15.59	História pessoal de autolesão
V15.81	Não adesão a tratamento médico
V15.89	Outros fatores de risco pessoais
V40.31	Perambulação associada a algum transtorno mental
V60.0	Os sem-teto
V60.1	Moradia inadequada
V60.2	Pobreza extrema
V60.2	Seguro social ou previdência social insuficientes

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
V60.2	Falta de alimento adequado ou de água potável para consumo
V60.2	Baixa renda
V60.3	Problema relacionado a morar sozinho
V60.6	Problema relacionado a moradia em instituição especial
V60.89	Desentendimento com vizinho, locatário ou locador
V60.9	Moradia ou problema econômico não especificado
V61.03	Ruptura da família por separação ou divórcio
V61.10	Sofrimento na relação com o cônjuge ou parceiro íntimo
V61.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro
V61.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V61.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência física de cônjuge ou parceiro
V61.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V61.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro
V61.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
V61.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência física de cônjuge ou parceiro
V61.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência sexual de cônjuge ou parceiro
V61.20	Problema de relacionamento entre pais e filhos
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil por um dos pais
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil por um dos pais
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil por um dos pais
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil por um dos pais
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil não parental
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil não parental
V61.21	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil não parental
V61.22	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil parental
V61.22	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil parental
V61.22	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil parental
V61.22	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil parental
V61.29	Criança afetada por sofrimento na relação dos pais
V61.5	Problemas relacionados a múltiplas gestações
V61.7	Problemas relacionados a gravidez indesejada
V61.8	Nível de expressão emocional alto na família
V61.8	Problema de relacionamento com irmão
V61.8	Educação longe dos pais
V62.21	Problema relacionado a condição atual de preparação militar
V62.22	Exposição a desastre, guerra ou outras hostilidades
V62.22	História pessoal de preparação militar
V62.29	Outro problema relacionado a emprego

CID-9-MC	Transtorno, condição ou problema
V62.3	Problema acadêmico ou educacional
V62.4	Dificuldade de aculturação
V62.4	Exclusão ou rejeição social
V62.4	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida)
V62.5	Condenação em processo cível ou criminal sem prisão
V62.5	Prisão ou outro encarceramento
V62.5	Problemas relacionados a outras circunstâncias legais
V62.5	Problemas relacionados à libertação da prisão
V62.82	Luto sem complicações
V62.83	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil não parental
V62.83	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil não parental
V62.83	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico não parental
V62.83	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil não parental
V62.83	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
V62.89	Funcionamento intelectual *borderline*
V62.89	Desentendimento com provedor de assistência social, inclusive oficial de condicional, gerente de caso ou assistente social
V62.89	Outro problema relacionado a circunstâncias psicossociais
V62.89	Problema relacionado à fase da vida
V62.89	Problema religioso ou espiritual
V62.89	Vítima de crime
V62.89	Vítima de terrorismo ou tortura
V62.9	Problema não especificado relacionado ao ambiente social
V62.9	Problema não especificado relacionado a circunstâncias psicossociais não especificadas
V63.8	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda
V63.9	Indisponibilidade ou inacessibilidade de instalações de atendimento de saúde
V65.2	Simulação
V65.40	Outro aconselhamento ou consulta
V65.49	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
V65.49	Aconselhamento sexual
V69.9	Problema relacionado ao estilo de vida
V71.01	Comportamento antissocial adulto
V71.02	Comportamento antissocial da criança ou adolescente

Listagem Numérica dos Diagnósticos do DSM-5 e Códigos (CID-10-MC)

Os códigos do CID-10-MC deverão ser usados para codificação nos Estados Unidos a partir de 1º de outubro de 2014.

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
E66.9	Sobrepeso ou obesidade
F01.50	Provável transtorno neurocognitivo vascular maior, Sem perturbação comportamental
F01.51	Provável transtorno neurocognitivo vascular maior, Com perturbação comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Sem perturbação comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* B20 infecção por HIV)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G10 doença de Huntington)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, Sem perturbação comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G20 doença de Parkinson)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* A81.9 doença do príon)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Sem perturbação comportamental (*codificar primeiro* S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência de duração não especificada, sequela)
F02.80	Provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, Sem perturbação comportamental (*codificar primeiro* G31.09 doença frontotemporal)
F02.80	Provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G30.9 doença de Alzheimer)
F02.80	Provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, Sem perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G31.83 doença com corpos de Lewy)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Com perturbação comportamental
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a infecção por HIV, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* B20 infecção por HIV)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G10 doença de Huntington)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, Com perturbação comportamental
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G20 doença de Parkinson)

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* A81.9 doença do príon)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Com perturbação comportamental (*codificar primeiro* S06.2X9S lesão cerebral traumática difusa com perda da consciência de duração não especificada, sequela)
F02.81	Provável transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal, Com perturbação comportamental (*codificar primeiro* G31.09 doença frontotemporal)
F02.81	Provável transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G30.9 doença de Alzheimer)
F02.81	Provável transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy, Com perturbação comportamental (*codificar em primeiro lugar* G31.83 doença com corpos de Lewy)
F05	*Delirium* devido a outra condição médica
F05	*Delirium* devido a múltiplas etiologias
F06.0	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, Com alucinações
F06.1	Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia)
F06.1	Transtorno catatônico devido a outra condição médica
F06.1	Catatonia não especificada (*codificar primeiro* R29.818 outros sintomas envolvendo os sistemas nervoso e musculoesquelético)
F06.2	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, Com delírios
F06.31	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, Com características depressivas
F06.32	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, Com episódio do tipo depressivo maior
F06.33	Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, Com características maníacas
F06.33	Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco
F06.34	Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, Com características mistas
F06.34	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, Com características mistas
F06.4	Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica
F06.8	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica
F06.8	Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica
F07.0	Mudança de personalidade devido a outra condição médica
F09	Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica
F10.10	Transtorno por uso de álcool, Leve
F10.121	*Delirium* por intoxicação por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.129	Intoxicação por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.14	Transtorno depressivo induzido por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.159	Transtorno psicótico induzido por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.180	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.181	Disfunção sexual induzida por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.182	Transtorno do sono induzido por álcool, Com transtorno por uso, Leve
F10.20	Transtorno por uso de álcool, Moderado
F10.20	Transtorno por uso de álcool, Grave
F10.221	*Delirium* por intoxicação por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.229	Intoxicação por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.231	*Delirium* por abstinência de álcool

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F10.232	Abstinência de álcool, Com perturbações da percepção
F10.239	Abstinência de álcool, Sem perturbações da percepção
F10.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.24	Transtorno depressivo induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.259	Transtorno psicótico induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.26	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo confabulatório amnéstico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo não confabulatório amnéstico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.280	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.281	Disfunção sexual induzida por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.282	Transtorno do sono induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F10.921	*Delirium* por intoxicação por álcool, Sem transtorno por uso
F10.929	Intoxicação por álcool, Sem transtorno por uso
F10.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.94	Transtorno depressivo induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.959	Transtorno psicótico induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.96	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo confabulatório amnéstico, Sem transtorno por uso
F10.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo confabulatório não amnéstico, Sem transtorno por uso
F10.980	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.981	Disfunção sexual induzida por álcool, Sem transtorno por uso
F10.982	Transtorno do sono induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.99	Transtorno relacionado ao álcool não especificado
F11.10	Transtorno por uso de opioides, Leve
F11.121	*Delirium* por intoxicação por opioide, Com transtorno por uso, Leve
F11.122	Intoxicação por opioides, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F11.129	Intoxicação por opioides, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F11.14	Transtorno depressivo induzido por opioides, Com transtorno por uso, Leve
F11.181	Disfunção sexual induzida por opioides, Com transtorno por uso, Leve
F11.182	Transtorno do sono induzido por opioides, Com transtorno por uso, Leve
F11.188	Transtorno de ansiedade induzido por opioides, Com transtorno por uso, Leve
F11.20	Transtorno por uso de opioides, Moderado
F11.20	Transtorno por uso de opioides, Grave
F11.221	*Delirium* por intoxicação por opioides, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.222	Intoxicação por opioides, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.229	Intoxicação por opioides, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.23	Abstinência de opioides
F11.23	*Delirium* por abstinência de opioides
F11.24	Transtorno depressivo induzido por opioides, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.281	Disfunção sexual induzida por opioides, Com transtorno por uso, Moderado ou grave

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F11.282	Transtorno do sono induzido por opioides, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.288	Transtorno de ansiedade induzido por opioides, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F11.921	*Delirium* induzido por opioides
F11.921	*Delirium* por intoxicação por opioides, Sem transtorno por uso
F11.922	Intoxicação por opioides, Com perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F11.929	Intoxicação por opioides, Sem perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F11.94	Transtorno depressivo induzido por opioides, Sem transtorno por uso
F11.981	Disfunção sexual induzida por opioides, Sem transtorno por uso
F11.982	Transtorno do sono induzido por opioides, Sem transtorno por uso
F11.988	Transtorno de ansiedade induzido por opioides, Sem transtorno por uso
F11.99	Transtorno relacionado a opioides não especificado
F12.10	Transtorno por uso de *Cannabis*, Leve
F12.121	*Delirium* por intoxicação por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Leve
F12.122	Intoxicação por *Cannabis*, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F12.129	Intoxicação por *Cannabis*, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F12.159	Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Leve
F12.180	Transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Leve
F12.188	Transtorno do sono induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Leve
F12.20	Transtorno por uso de *Cannabis*, Moderado
F12.20	Transtorno por uso de *Cannabis*, Grave
F12.221	*Delirium* por intoxicação por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.222	Intoxicação por *Cannabis*, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.229	Intoxicação por *Cannabis*, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.259	Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.280	Transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.288	Transtorno do sono induzido por *Cannabis*, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F12.288	Abstinência de *Cannabis*
F12.921	*Delirium* por intoxicação por *Cannabis*, Sem transtorno por uso
F12.922	Intoxicação por *Cannabis*, Com perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F12.929	Intoxicação por *Cannabis*, Sem perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F12.959	Transtorno psicótico induzido por *Cannabis*, Sem transtorno por uso
F12.980	Transtorno de ansiedade induzido por *Cannabis*, Sem transtorno por uso
F12.988	Transtorno do sono induzido por *Cannabis*, Sem transtorno por uso
F12.99	Transtorno relacionado a *Cannabis* não especificado
F13.10	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Leve
F13.121	*Delirium* por intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.129	Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno por uso, Leve
F13.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.14	Transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.159	Transtorno psicótico induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F13.180	Transtorno de ansiedade induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.181	Disfunção sexual induzida por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.182	Transtorno do sono induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Leve
F13.20	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Moderado
F13.20	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Grave
F13.221	*Delirium* por intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.229	Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.231	*Delirium* por abstinência de sedativo, hipnótico ou ansiolítico
F13.232	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com perturbações da percepção
F13.239	Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem perturbações da percepção
F13.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.24	Transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.259	Transtorno psicótico induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.280	Transtorno de ansiedade induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.281	Disfunção sexual induzida por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.282	Transtorno do sono induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F13.921	*Delirium* induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico
F13.921	*Delirium* por intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.929	Intoxicação por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.94	Transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.959	Transtorno psicótico induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.980	Transtorno de ansiedade induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.981	Disfunção sexual induzida por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.982	Transtorno do sono induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, Sem transtorno por uso
F13.99	Transtorno relacionado a sedativo, hipnótico ou ansiolítico não especificado

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F14.10	Transtorno por uso de cocaína, Leve
F14.121	*Delirium* por intoxicação por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.122	Intoxicação por cocaína, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F14.129	Intoxicação por cocaína, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F14.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.14	Transtorno depressivo induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.159	Transtorno psicótico induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.180	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.181	Disfunção sexual induzida por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.182	Transtorno do sono induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Leve
F14.20	Transtorno por uso de cocaína, Moderado
F14.20	Transtorno por uso de cocaína, Grave
F14.221	*Delirium* por intoxicação por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.222	Intoxicação por cocaína, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.229	Intoxicação por cocaína, Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.23	Abstinência de cocaína
F14.24	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.24	Transtorno depressivo induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.259	Transtorno psicótico induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.280	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.281	Disfunção sexual induzida por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.282	Transtorno do sono induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.288	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F14.921	*Delirium* por intoxicação por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.922	Intoxicação por cocaína, Com perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F14.929	Intoxicação por cocaína, Sem perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F14.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.94	Transtorno depressivo induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.959	Transtorno psicótico induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.980	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.981	Disfunção sexual induzida por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.982	Transtorno do sono induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.988	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.99	Transtorno relacionado a cocaína não especificado
F15.10	Transtorno por uso de substância do tipo anfetamina, Leve
F15.10	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Leve
F15.121	*Delirium* por intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.122	Intoxicação por anfetamina ou outro estimulante, Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F15.129	Intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Leve
F15.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.14	Transtorno depressivo induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.159	Transtorno psicótico induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.180	Transtorno de ansiedade induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.180	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína, Com transtorno por uso, Leve
F15.181	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.182	Transtorno do sono induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.182	Transtorno do sono induzido por cafeína, Com transtorno por uso, Leve
F15.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Leve
F15.20	Transtorno por uso de substância do tipo anfetamina, Moderado
F15.20	Transtorno por uso de substância do tipo anfetamina, Grave
F15.20	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Moderado
F15.20	Transtorno por uso de outro estimulante ou estimulante não especificado, Grave
F15.221	*Delirium* por intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.222	Intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Com perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.229	Intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Sem perturbações da percepção, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.23	Abstinência de anfetamina (ou outro estimulante)
F15.24	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.24	Transtorno depressivo induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.259	Transtorno psicótico induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.280	Transtorno de ansiedade induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.280	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.281	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.282	Transtorno do sono induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.282	Transtorno do sono induzido por cafeína, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.288	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F15.921	*Delirium* induzido por anfetamina (ou outro estimulante)
F15.921	*Delirium* por intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.922	Intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Com perturbações da percepção, Sem transtorno por uso

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F15.929	Intoxicação por anfetamina (ou outro estimulante), Sem perturbações da percepção, Sem transtorno por uso
F15.929	Intoxicação por cafeína
F15.93	Abstinência de cafeína
F15.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.94	Transtorno depressivo induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.959	Transtorno psicótico induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.980	Transtorno de ansiedade induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.980	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína, Sem transtorno por uso
F15.981	Disfunção sexual induzida por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.982	Transtorno do sono induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.982	Transtorno do sono induzido por cafeína, Sem transtorno por uso
F15.988	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.99	Transtorno relacionado a anfetamina (ou outro estimulante) não especificado
F15.99	Transtorno relacionado à cafeína não especificado
F16.10	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Leve
F16.10	Transtorno por uso de fenciclidina, Leve
F16.121	*Delirium* por intoxicação por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Leve
F16.121	*Delirium* por intoxicação por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.129	Intoxicação por outros alucinógenos, Com transtorno por uso, Leve
F16.129	Intoxicação por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Leve
F16.14	Transtorno depressivo induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Leve
F16.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.14	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.159	Transtorno psicótico induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Leve
F16.159	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.180	Transtorno de ansiedade induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Leve
F16.180	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Leve
F16.20	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Moderado
F16.20	Transtorno por uso de outros alucinógenos, Grave
F16.20	Transtorno por uso de fenciclidina, Moderado
F16.20	Transtorno por uso de fenciclidina, Grave
F16.221	*Delirium* por intoxicação por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.221	*Delirium* por intoxicação por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.229	Intoxicação por outros alucinógenos, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.229	Intoxicação por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.24	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.24	Transtorno depressivo induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Moderado ou grave

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F16.24	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.24	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.259	Transtorno psicótico induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.259	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.280	Transtorno de ansiedade induzido por outro alucinógeno, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.280	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F16.921	*Delirium* por uso de fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.929	Intoxicação por outros alucinógenos, Sem transtorno por uso
F16.929	Intoxicação por fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outro alucinógeno, Sem transtorno por uso
F16.94	Transtorno depressivo induzido por outro alucinógeno, Sem transtorno por uso
F16.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.94	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.959	Transtorno psicótico induzido por outro alucinógeno, Sem transtorno por uso
F16.959	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.980	Transtorno de ansiedade induzido por outro alucinógeno, Sem transtorno por uso
F16.980	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, Sem transtorno por uso
F16.983	Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos
F16.99	Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado
F16.99	Transtorno relacionado a fenciclidina não especificado
F17.200	Transtorno por uso de tabaco, Moderado
F17.200	Transtorno por uso de tabaco, Grave
F17.203	Abstinência de tabaco
F17.208	Transtorno do sono induzido por tabaco, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F17.209	Transtorno relacionado a tabaco não especificado
F18.10	Transtorno por uso de inalantes, Leve
F18.121	*Delirium* por intoxicação por inalante, Com transtorno por uso, Leve
F18.129	Intoxicação por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.14	Transtorno depressivo induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.159	Transtorno psicótico induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.17	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.180	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Leve
F18.20	Transtorno por uso de inalantes, Moderado
F18.20	Transtorno por uso de inalantes, Grave
F18.221	*Delirium* por intoxicação por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.229	Intoxicação por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.24	Transtorno depressivo induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.259	Transtorno psicótico induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F18.280	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes, Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F18.921	*Delirium* por intoxicação por inalantes, Sem transtorno por uso
F18.929	Intoxicação por inalantes, Sem transtorno por uso
F18.94	Transtorno depressivo por uso de inalantes, Sem transtorno por uso
F18.959	Transtorno psicótico por uso de inalantes, Sem transtorno por uso
F18.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes, Sem transtorno por uso
F18.980	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes, Sem transtorno por uso
F18.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes, Sem transtorno por uso
F18.99	Transtorno relacionado a inalantes não especificado
F19.10	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Leve
F19.121	*Delirium* por intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.129	Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.14	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.14	Transtorno depressivo induzido por outra substâncias (ou substâncias desconhecidas), Com transtorno por uso, Leve
F19.159	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.17	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.180	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.181	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.182	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Leve
F19.20	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Moderado
F19.20	Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Grave
F19.221	*Delirium* por uso de outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.229	Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.231	*Delirium* por abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
F19.239	Abstinência de outra substância (ou substância desconhecida)
F19.24	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.24	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.259	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F19.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.280	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.281	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.282	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.288	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Com transtorno por uso, Moderado ou grave
F19.921	*Delirium* induzido por outra substância (ou substância desconhecida)
F19.921	*Delirium* induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.929	Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.94	Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.94	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.959	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.980	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.981	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.982	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.988	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por outra substância (ou substância desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.99	Transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) não especificado
F20.81	Transtorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Transtorno da personalidade esquizotípica
F22	Transtorno delirante
F23	Transtorno psicótico breve
F25.0	Transtorno esquizoafetivo, Tipo bipolar
F25.1	Transtorno esquizoafetivo, Tipo depressivo
F28	Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado
F29	Transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado
F31.0	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco
F31.11	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Leve
F31.12	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Moderado
F31.13	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Grave
F31.2	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Com características psicóticas

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F31.31	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Leve
F31.32	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Moderado
F31.4	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Grave
F31.5	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Com características psicóticas
F31.73	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Em remissão parcial
F31.73	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Em remissão parcial
F31.74	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Em remissão completa
F31.74	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Em remissão completa
F31.75	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Em remissão parcial
F31.76	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Em remissão completa
F31.81	Transtorno bipolar tipo II
F31.89	Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado
F31.9	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente depressivo, Não especificado
F31.9	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente hipomaníaco, Não especificado
F31.9	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente maníaco, Não especificado
F31.9	Transtorno bipolar tipo I, Episódio atual ou mais recente, Não especificado
F31.9	Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado
F32.0	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Leve
F32.1	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Moderado
F32.2	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Grave
F32.3	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Com características psicóticas
F32.4	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Em remissão parcial
F32.5	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Em remissão completa
F32.8	Outro transtorno depressivo especificado
F32.9	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Não especificado
F32.9	Transtorno depressivo não especificado
F33.0	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Leve
F33.1	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Moderado
F33.2	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Grave
F33.3	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Com características psicóticas
F33.41	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão parcial
F33.42	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão completa
F33.9	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Não especificado
F34.0	Transtorno ciclotímico
F34.1	Transtorno depressivo persistente (distimia)
F34.8	Transtorno disruptivo da desregulação do humor
F40.00	Agorafobia
F40.10	Transtorno de ansiedade social (fobia social)
F40.218	Fobia específica, Animal
F40.228	Fobia específica, Ambiente natural
F40.230	Fobia específica, Medo de sangue
F40.231	Fobia específica, Medo de injeções e transfusões
F40.232	Fobia específica, Medo de outros cuidados médicos
F40.233	Fobia específica, Medo de ferimentos
F40.248	Fobia específica, Situacional

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F40.298	Fobia específica, Outra
F41.0	Transtorno de pânico
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada
F41.8	Outro transtorno de ansiedade especificado
F41.9	Transtorno de ansiedade não especificado
F42	Transtorno de acumulação
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo
F42	Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado
F43.0	Transtorno de estresse agudo
F43.10	Transtorno de estresse pós-traumático
F43.20	Transtornos de adaptação não especificado
F43.21	Transtornos de adaptação, Com humor deprimido
F43.22	Transtornos de adaptação, Com ansiedade
F43.23	Transtornos de adaptação, Com misto de ansiedade e depressão
F43.24	Transtornos de adaptação, Com perturbação da conduta
F43.25	Transtornos de adaptação, Com perturbação mista das emoções e da conduta
F43.8	Outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado
F43.9	Transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado
F44.0	Amnésia dissociativa
F44.1	Amnésia dissociativa, Com fuga dissociativa
F44.4	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com movimento anormal
F44.4	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com sintomas de fala
F44.4	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com sintomas de deglutição
F44.4	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com fraqueza ou paralisia
F44.5	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com ataques ou convulsões
F44.6	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com anestesia ou perda sensorial
F44.6	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com sintoma sensorial especial
F44.7	Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), Com sintomas mistos
F44.81	Transtorno dissociativo de identidade
F44.89	Outro transtorno dissociativo especificado
F44.9	Transtorno dissociativo não especificado
F45.1	Transtorno de sintomas somáticos
F45.21	Transtorno de ansiedade de doença
F45.22	Transtorno dismórfico corporal
F45.8	Outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado
F45.9	Transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado
F48.1	Transtorno de despersonalização/desrealização
F50.01	Anorexia nervosa, Tipo restritivo
F50.02	Anorexia nervosa, Tipo compulsão alimentar purgativa

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F50.2	Bulimia nervosa
F50.8	Transtorno alimentar restritivo/evitativo
F50.8	Transtorno de compulsão alimentar
F50.8	Outro transtorno alimentar especificado
F50.8	Pica, Em adultos
F50.9	Transtorno alimentar não especificado
F51.01	Transtorno de insônia
F51.11	Transtorno de hipersonolência
F51.3	Transtornos de despertar do sono não REM, Tipo sonambulismo
F51.4	Transtornos de despertar do sono não REM, Tipo terror no sono
F51.5	Transtorno do pesadelo
F52.0	Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo
F52.21	Transtorno erétil
F52.22	Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
F52.31	Transtorno do orgasmo feminino
F52.32	Ejaculação retardada
F52.4	Ejaculação prematura (precoce)
F52.6	Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração
F52.8	Outra disfunção sexual especificada
F52.9	Disfunção sexual não especificada
F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
F60.0	Transtorno da personalidade paranoide
F60.1	Transtorno da personalidade esquizoide
F60.2	Transtorno da personalidade antissocial
F60.3	Transtorno da personalidade *borderline*
F60.4	Transtorno da personalidade histriônica
F60.5	Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
F60.6	Transtorno da personalidade evitativa
F60.7	Transtorno da personalidade dependente
F60.81	Transtorno da personalidade narcisista
F60.89	Outro transtorno da personalidade especificado
F60.9	Transtorno da personalidade não especificado
F63.0	Transtorno do jogo
F63.1	Piromania
F63.3	Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
F63.2	Cleptomania
F63.81	Transtorno explosivo intermitente
F64.1	Disforia de gênero em adolescentes e adultos
F64.2	Disforia de gênero em crianças
F64.8	Outra disforia de gênero especificada
F64.9	Disforia de gênero não especificada
F65.0	Transtorno fetichista
F65.1	Transtorno transvéstico
F65.2	Transtorno exibicionista
F65.3	Transtorno voyeurista
F65.4	Transtorno pedofílico
F65.51	Transtorno do masoquismo sexual
F65.52	Transtorno do sadismo sexual

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F65.81	Transtorno frotteurista
F65.89	Outro transtorno parafílico especificado
F65.9	Transtorno parafílico não especificado
F68.10	Transtorno factício (inclui transtorno factício autoimposto, transtorno factício imposto a outro)
F70	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Leve
F71	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Moderada
F72	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Grave
F73	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), Profunda
F79	Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) não especificada
F80.0	Transtorno da fala
F80.2	Transtorno da linguagem
F80.81	Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)
F80.89	Transtorno da comuniçação social (pragmática)
F80.9	Transtorno da comunicação não especificado
F81.0	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na leitura
F81.2	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na matemática
F81.81	Transtorno específico da aprendizagem, Com prejuízo na expressão escrita
F82	Transtorno do desenvolvimento da coordenação
F84.0	Transtorno do espectro autista
F88	Atraso global do desenvolvimento
F88	Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado
F89	Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
F90.0	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação predominantemente desatenta
F90.1	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva
F90.2	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Apresentação combinada
F90.8	Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado
F90.9	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado
F91.1	Transtorno da conduta, Tipo com início na infância
F91.2	Transtorno da conduta, Tipo com início na adolescência
F91.3	Transtorno de oposição desafiante
F91.8	Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta especificado
F91.9	Transtorno da conduta, Início não especificado
F91.9	Transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta não especificado
F93.0	Transtorno de ansiedade de separação
F94.0	Mutismo seletivo
F94.1	Transtorno de apego reativo
F94.2	Transtorno de interação social desinibida
F95.0	Transtorno de tique transitório
F95.1	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
F95.2	Transtorno de Tourette
F95.8	Outro transtorno de tique especificado
F95.9	Transtorno de tique não especificado
F98.0	Enurese
F98.1	Encoprese
F98.21	Transtorno de ruminação

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
F98.3	Pica, Em crianças
F98.4	Transtorno do movimento estereotipado
F98.5	Transtorno de fluência, Tipo com início na idade adulta
F99	Outro transtorno mental especificado
F99	Transtorno mental não especificado
G21.0	Síndrome neuroléptica maligna
G21.11	Parkinsonismo induzido por neuroléptico
G21.19	Parkinsonismo induzido por outro medicamento
G24.01	Discinesia tardia
G24.02	Distonia aguda induzida por medicamento
G24.09	Distonia tardia
G25.1	Tremor postural induzido por medicamento
G25.71	Acatisia aguda induzida por medicamento
G25.71	Acatisia tardia
G25.79	Outro transtorno do movimento induzido por medicamento
G25.81	Síndrome das pernas inquietas
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a degeneração lobar frontotemporal
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a infecção por HIV
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Huntington
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à doença do príon
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática
G31.84	Transtorno neurocognitivo vascular leve
G31.9	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson
G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido a degeneração lobar frontotemporal
G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer
G31.9	Possível transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy
G31.9	Possível transtorno neurocognitivo vascular maior
G47.00	Transtorno de insônia não especificado
G47.09	Outro transtorno de insônia especificado
G47.10	Transtorno de hipersonolência não especificado
G47.19	Outro transtorno de hipersonolência especificado
G47.20	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo não especificado
G47.21	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo fase de sono atrasada
G47.22	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo fase de sono avançada
G47.23	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília irregular
G47.24	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília não de 24 horas
G47.26	Transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo trabalho em turnos
G47.31	Apneia central do sono, Apneia central do sono tipo idiopática
G47.33	Apneia e hipopneia obstrutivas do sono
G47.34	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação idiopática
G47.35	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação alveolar central congênita
G47.36	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação relacionada ao sono comórbida

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
G47.37	Apneia central do sono, Apneia central do sono comórbida com uso de opioide
G47.411	Narcolepsia com cataplexia, porém sem deficiência de hipocretina
G47.419	Ataxia cerebelar dominante autossômica, surdez e narcolepsia
G47.419	Narcolepsia austossômica dominante, obesidade e diabetes tipo 2
G47.419	Narcolepsia sem cataplexia, porém com deficiência de hipocretina
G47.429	Narcolepsia secundária a outra condição médica
G47.52	Transtorno comportamental do sono REM
G47.8	Outro transtorno do sono-vigília especificado
G47.9	Transtorno do sono-vigília não especificado
L98.1	Transtorno de escoriação (*skin-picking*)
N39.498	Transtorno da eliminação especificado, Com sintomas urinários
N94.3	Transtorno disfórico pré-menstrual
R06.3	Apneia central do sono, Respiração de Cheyne-Stokes
R15.9	Transtorno da eliminação especificado, Com sintomas fecais
R15.9	Transtorno da eliminação não especificado, Com sintomas fecais
R32	Transtorno da eliminação não especificado, Com sintomas urinários
R41.0	Outro *delirium* especificado
R41.0	*Delirium* não especificado
R41.83	Funcionamento intelectual *borderline*
R41.9	Transtorno neurocognitivo não especificado
T43.205A	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Consulta inicial
T43.205D	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Consulta de seguimento
T43.205S	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, Sequelas
T50.905A	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Consulta inicial
T50.905D	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Consulta de seguimento
T50.905S	Outros efeitos adversos dos medicamentos, Sequelas
T74.01XA	Negligência de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
T74.01XD	Negligência de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
T74.02XA	Negligência infantil confirmada, Consulta inicial
T74.02XD	Negligência infantil confirmada, Consulta de seguimento
T74.11XA	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
T74.11XA	Violência física de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
T74.11XD	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
T74.11XD	Violência física de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
T74.12XA	Abuso físico infantil confirmado, Consulta inicial
T74.12XD	Abuso físico infantil confirmado, Consulta de seguimento
T74.21XA	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
T74.21XA	Violência sexual de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta inicial
T74.21XD	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
T74.21XD	Violência sexual de cônjuge ou parceiro confirmada, Consulta de seguimento
T74.22XA	Abuso sexual infantil confirmado, Consulta inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil confirmado, Consulta de seguimento
T74.31XA	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta inicial
T74.31XA	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro confirmado, Consulta inicial

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
T74.31XD	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro confirmado, Consulta de seguimento
T74.31XD	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro confirmado, Consulta de seguimento
T74.32XA	Abuso psicológico infantil confirmado, Consulta inicial
T74.32XD	Abuso psicológico infantil confirmado, Consulta de seguimento
T76.01XA	Negligência de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
T76.01XD	Negligência de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
T76.02XA	Negligência infantil suspeitada, Consulta inicial
T76.02XD	Negligência infantil suspeitada, Consulta de seguimento
T76.11XA	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
T76.11XA	Violência física de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
T76.11XD	Abuso físico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
T76.11XD	Violência física de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
T76.12XA	Abuso físico infantil suspeitado, Consulta inicial
T76.12XD	Abuso físico infantil suspeitado, Consulta de seguimento
T76.21XA	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
T76.21XA	Violência sexual de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta inicial
T76.21XD	Abuso sexual de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
T76.21XD	Violência sexual de cônjuge ou parceiro suspeitada, Consulta de seguimento
T76.22XA	Abuso sexual infantil suspeitado, Consulta inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil suspeitado, Consulta de seguimento
T76.31XA	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta inicial
T76.31XA	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro suspeitado, Consulta inicial
T76.31XD	Abuso psicológico de adulto por não cônjuge ou não parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
T76.31XD	Abuso psicológico de cônjuge ou parceiro suspeitado, Consulta de seguimento
T76.32XA	Abuso psicológico infantil suspeitado, Consulta inicial
T76.32XD	Abuso psicológico infantil suspeitado, Consulta de seguimento
Z55.9	Problema acadêmico ou educacional
Z56.82	Problema relacionado a condição atual de preparação militar
Z56.9	Outro problema relacionado a emprego
Z59.0	Os sem-teto
Z59.1	Moradia inadequada
Z59.2	Desentendimento com vizinho, locatário ou locador
Z59.3	Problema relacionado a moradia em instituição especial
Z59.4	Falta de alimento ou de água potável para consumo
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	Baixa renda
Z59.7	Seguro social ou previdência social insuficientes
Z59.9	Moradia ou problema econômico não especificado
Z60.0	Problema relacionado à fase da vida
Z60.2	Problema relacionado a morar sozinho
Z60.3	Dificuldade de aculturação
Z60.4	Exclusão ou rejeição social

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
Z60.5	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida)
Z60.9	Problema não especificado relacionado ao ambiente social
Z62.29	Educação longe dos pais
Z62.810	História pessoal (história anterior) de abuso físico na infância
Z62.810	História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância
Z62.811	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico na infância
Z62.812	História pessoal (história anterior) de negligência na infância
Z62.820	Problema de relacionamento entre pais e filhos
Z62.891	Problema de relacionamento com irmão
Z62.898	Criança afetada por sofrimento na relação dos pais
Z63.0	Sofrimento na relação com cônjuge ou parceiro íntimo
Z63.4	Luto sem complicações
Z63.5	Ruptura da família por separação ou divórcio
Z63.8	Nível de expressão emocional alto na família
Z64.0	Problemas relacionados a gravidez indesejada
Z64.1	Problemas relacionados a múltiplas gestações
Z64.4	Desentendimento com provedor de assistência social, inclusive oficial de condicional, gerente de caso ou assistente social
Z65.0	Condenação em processo cível ou criminal sem prisão
Z65.1	Prisão ou outro encarceramento
Z65.2	Problemas relacionados à libertação da prisão
Z65.3	Problemas relacionados a outras circunstâncias legais
Z65.4	Vítima de crime
Z65.4	Vítima de terrorismo ou tortura
Z65.5	Exposição a desastre, guerra ou outras hostilidades
Z65.8	Outro problema relacionado a circunstâncias psicossociais
Z65.8	Problema religioso ou espiritual
Z65.9	Problema não especificado relacionado a circunstâncias psicossociais não especificadas
Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil por um dos pais
Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil por um dos pais
Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil por um dos pais
Z69.010	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil por um dos pais
Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil parental
Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil parental
Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil parental
Z69.011	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil parental
Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso infantil não parental
Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência infantil não parental
Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico infantil não parental
Z69.020	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso sexual infantil não parental
Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso infantil não parental
Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência infantil não parental

CID-10-MC	Transtorno, condição ou problema
Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico infantil não parental
Z69.021	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso sexual infantil não parental
Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de negligência de cônjuge ou parceiro
Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z69.11	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência física de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de negligência de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência física de cônjuge ou parceiro
Z69.12	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de violência sexual de cônjuge ou parceiro
Z69.81	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
Z69.81	Consulta em serviços de saúde mental de vítima de violência sexual de cônjuge ou parceiro
Z69.82	Consulta em serviços de saúde mental de perpetrador de abuso de adulto não cônjuge ou não parceiro
Z70.9	Aconselhamento sexual
Z71.9	Outro aconselhamento ou consulta
Z72.0	Transtorno por uso de tabaco, Leve
Z72.810	Comportamento antissocial de criança ou adolescente
Z72.811	Comportamento antissocial adulto
Z72.9	Problema relacionado ao estilo de vida
Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade de instalações de atendimento de saúde
Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda
Z76.5	Simulação
Z91.19	Não adesão a tratamento médico
Z91.410	História pessoal (história anterior) de violência física de cônjuge ou parceiro
Z91.410	História pessoal (história anterior) de violência sexual de cônjuge ou parceiro
Z91.411	História pessoal (história anterior) de abuso psicológico de cônjuge ou parceiro
Z91.412	História pessoal (história anterior) de negligência de cônjuge ou parceiro
Z91.49	Outra história pessoal de trauma psicológico
Z91.5	História pessoal de autolesão
Z91.82	História pessoal de preparação militar
Z91.83	Perambulação associada a algum transtorno mental
Z91.89	Outros fatores de risco pessoais

Consultores e Outros Colaboradores do DSM-5

Conselho de Administração da APA – Comitês de Revisão

Comitê de Revisão Científica (SRC)

Kenneth S. Kendler, M.D. (Presidente)
Robert Freedman, M.D. (Copresidente)
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
David Brent, M.D. (2011–)
Ellen Leibenluft, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D. (–2011)
Paul S. Summergrad, M.D.
Robert J. Ursano, M.D. (–2011)
Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)
Joel Yager, M.D.
Jill L. Opalesky M.S. (Apoio Administrativo)

Comitê de Revisão da Clínica e Saúde Pública (CPHC)

John S. McIntyre, M.D. (Presidente)
Joel Yager, M.D. (Copresidente)
Anita Everett M.D.
Cathryn A. Galanter, M.D.
Jeffrey M. Lyness, M.D.
James E. Nininger, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Michael J. Vergare, M.D.
Ann Miller (Apoio Administrativo)

Comitê de Supervisão

Carolyn Robinowitz, M.D. (Presidente)
Mary Badaracco, M.D.
Ronald Burd, M.D.
Robert Freedman, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Kyla Pope, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Daniel K. Winstead, M.D.
Joel Yager, M.D.

Comitê de Revisão da Assembleia da APA do DSM-5

Glenn A. Martin, M.D. (Presidente)
R. Scott Benson, M.D. (Orador da Assembleia)
William Cardasis, M.D.
John M. de Figueiredo, M.D.
Lawrence S. Gross, M.D.
Brian S. Hart, M.D.
Stephen A. McLeod Bryant, M.D.
Gregory A. Miller, M.D.
Roger Peele, M.D.
Charles S. Price, M.D.
Deepika Sastry, M.D.
John P.D. Shemo, M.D.
Eliot Sorel, M.D.

Grupo de Coordenação do DSM-5

Dilip V. Jeste, M.D. (Presidente)
R. Scott Benson, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Glenn A. Martin, M.D.
John S. McIntyre, M.D.
John M. Oldham, M.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
James H. Scully Jr., M.D.
Joel Yager, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D. (Consultor)
Michael B. First, M.D. (Consultor)

Revisão de Pesquisa de Campo do DSM-5

Robert D. Gibbons, Ph.D.
Craig Nelson, M.D.

Revisão Forense do DSM-5

Paul S. Appelbaum, M.D.
Lama Bazzi, M.D.
Alec W. Buchanan, M.D., Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, M.D.
Michael Champion, M.D.
Jeffrey C. Eisen, M.D.
Elizabeth Ford, M.D.
Daniel T. Hackman, M.D.
Mark Hauser, M.D.
Steven K. Hoge, M.D., M.B.A.
Debra A. Pinals, M.D.
Guillermo Portillo, M.D.
Patricia Recupero, M.D., J.D.
Robert Weinstock, M.D.
Cheryl Wills, M.D.
Howard V. Zonana, M.D.

Membros da Última APA do DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Engel
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martin
Rocio J. Salvador

Consultores dos Grupos de Trabalho

TDAH e Transtornos do Comportamento Disruptivo

Emil F. Coccaro, M.D.
Deborah Dabrick, Ph.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Benjamin B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Mary Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Transtornos de Ansiedade, do Espectro Obsessivo-compulsivo, Pós-traumáticos e Dissociativos

Lynn E. Alden, Ph.D.
David B. Arciniegas, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, M.D., Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Damiaan Denys, M.D.
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, M.D., M.P.H.
Edna B. Foa, Ph.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, M.D.
Jon E. Grant, J.D., M.D.
Bonnie L. Green, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, M.D.
Devon E. Hinton, M.D., Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, M.D.
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D., D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, M.A.
Richard J. Loewenstein, M.D.
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, M.D.
Harrison G. Pope, M.D., M.P.H.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Steven A. Rasmussen, M.D.
Patricia A. Resick, Ph.D.
Vedat Sar, M.D.
Sanjaya Saxena, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, M.D.
Daphne Simeon, M.D.
Harvey S. Singer, M.D.
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, M.D.
Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, M.D., Ph.D.
John T. Walkup, M.D.
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

Transtornos da Infância e Adolescência

Adrian Angold, Ph.D.
Deborah Beidel, Ph.D.
David Brent, M.D.
John Campo, M.D.
Gabrielle Carlson, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Transtornos Alimentares

Michael J. Devlin, M.D.
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovski, M.D.

Transtornos do Humor

Boris Birmaher, M.D.
Yeates Conwell, M.D.
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, M.D., Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, M.D., Ph.D., D.Sc.
Roy H. Perlis, M.D. M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, M.D.
Peter J. Schmidt, M.D.

Mort M. Silverman, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A.
Sidney Zisook, M.D.

Transtornos Neurocognitivos

Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, M.D., C.M., D.Sc.
Sharon Inouye, M.D., M.P.H.
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, M.D.
Bruce Miller, M.D.
Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Robert Sweet, M.D.
Paula Trzepacz, M.D.

Transtornos do Neurodesenvolvimento

Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, M.D.
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sergeant, Ph.D.
Bennett Shaywitz, M.D.
Sally Shaywitz, M.D.
Audrey Thurm, Ph.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Warren Zigman, Ph.D.

Personalidade e Transtornos da Personalidade

Eran Chemerinski, M.D.
Thomas N. Crawford, Ph.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Kristian E. Markon, Ph.D.
Rebecca L. Shiner, Ph.D.
Kenneth R. Silk, M.D.
Jennifer L. Tackett, Ph.D.
David Watson, Ph.D.

Transtornos Psicóticos

Kamaldeep Bhui, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Richard Douyon, M.D.
Paolo Fusar-Poli, Ph.D.
John H. Krystal, M.D.
Thomas H. McGlashan, M.D.
Victor Peralta, M.D., Ph.D.
Anita Riecher-Rössler, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.

Transtornos Identidade Sexual e Gênero

Transtornos de
Stan E. Althof, Ph.D.
Richard Balon, M.D.
John H.J. Bancroft, M.D., M.A., D.P.M.
Howard E. Barbaree, Ph.D., M.A.
Rosemary J. Basson, M.D.
Sophie Bergeron, Ph.D.
Anita L. Clayton, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Domenico Di Ceglie, M.D.
Esther Gomez-Gil, M.D.
Jamison Green, Ph.D.
Richard Green, M.D, J.D.
R. Karl Hanson, Ph.D.
Lawrence Hartmann, M.D.
Stephen J. Hucker, M.B.
Eric S. Janus, J.D.
Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D.
Raymond A. Knight, Ph.D.
Ellen T.M. Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, M.D.
Christopher G. McMahon, M.B.
Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., M.A.
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, M.D., Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D. M.Sc.
David L. Rowland, Ph.D., M.A.
Michael Sand, Ph.D., M.P.H.
Leslie R. Schover, Ph.D., M.A.
Paul Stern, B.S, J.D.
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, M.D.
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D.

Transtornos do Sono-Vigília

Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, M.D.
Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
Sanjeeve V. Kothare, M.D.
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, M.D.
Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.
Judith Owens, M.D., M.P.H.
Daniel L. Picchietti, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.

Thomas Roth, Ph.D.
Daniel Weintraub, M.D.
Theresa B. Young, Ph.D.
Phyllis C. Zee, M.D., Ph.D.

Transtornos de Sintomas Somáticos

Brenda Bursch, Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.
W. Curt LaFrance, Jr., M.D., M.P.H.
Jon Stone, M.B., Ch.B., Ph.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Transtornos Relacionados a Substâncias

Raymond F. Anton, Jr., M.D.
Deborah A. Dawson, Ph.D.
Roland R. Griffiths, Ph.D.
Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Marilyn A. Huestis, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
Laura M. Juliano, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D.
Nora D. Volkow, M.D.

Grupos de Estudos do DSM-5 e Outros Colaboradores

Abordagens do Desenvolvimento e do Ciclo de Vida

Christina Bryant, Ph.D.
Amber Gum, Ph.D.
Thomas Meeks, M.D.
Jan Mohlman, Ph.D.
Steven Thorp, Ph.D.
Julie Wetherell, Ph.D.

Questões Transculturais e de Gênero

Neil K. Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A.
Sofie Bäärnhielm, M.D., Ph.D.
José J. Bauermeister, Ph.D.
James Boehnlein, M.D., M.Sc.
Jaswant Guzder, M.D.
Alejandro Interian, Ph.D.
Sushrut S. Jadhav, M.B.B.S., M.D., Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Alex J. Kopelowicz, M.D.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Steven R. Lopez, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
John R. Peteet, M.D.
Hans (J.G.B.M.) Rohlof, M.D.
Cecile Rousseau, M.D.
Mitchell G. Weiss, M.D., Ph.D.

Interface Psiquiatria/Medicina Geral

Daniel L. Coury, M.D.
Bernard P. Dreyer, M.D.
Danielle Laraque, M.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Deficiência e Incapacidade

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Martin Prince, M.D., M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de Avaliação e Diagnóstico

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Ruben Gur, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
John Houston, M.D., Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.

Outros Colaboradores/Consultores

TDAH e Transtornos do Comportamento Disruptivo

Patrick E. Shrout, Ph.D.
Erik Willcutt, Ph.D.

Transtornos de Ansiedade, do Espectro Obsessivo-compulsivo, Pós-traumáticos e Dissociativos

Etzel Cardiña, Ph.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Charlie Marmar, M.D.
Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, M.D.
Heidi S. Resnick, Ph.D.

Transtornos da Infância e Adolescência

Grace T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
Maria Oquendo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.

Transtornos Alimentares

Nancy L. Zucker, Ph.D.

Transtornos do Humor

Keith Hawton, M.D., Ph.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Maria A. Oquendo, M.D.
Alan C. Swann, M.D.

Transtornos Neurocognitivos

J. Eric Ahlskog, M.D., Ph.D.
Allen J. Aksamit, M.D.
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy Mckhann, M.D.
Bradley Boeve, M.D.
Helena Chui, M.D.
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, M.D.
Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, M.B.B.Ch.
Ian McKeith, M.D.
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Transtornos do Neurodesenvolvimento

Anna Barnett, Ph.D.
Martha Denckla, M.D.
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Green, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.
Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, M.D.
Larry B. Silver, M.D.
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, M.D.

Personalidade e Transtornos da Personalidade

Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, M.D.
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Anthony Pinto, Ph.D.

Transtornos Psicóticos

Scott W. Woods, M.D.

Transtornos de Identidade Sexual e Gênero

Alan J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

Transtornos do Sono-Vigília

Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, M.D.
Hochang B. Lee, M.D.
Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, M.D.
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Transtornos de Sintomas Somáticos

Chuck V. Ford, M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D.

Transtornos Relacionados a Substâncias

Sally M. Anderson, Ph.D.
Julie A. Kable, Ph.D.
Christopher Martin, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D.
Edward V. Nunes, Jr., M.D.
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph.D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Espectros Diagnósticos e Harmonização DSM/CID

Bruce Cuthbert, Ph.D.

Abordagens do Desenvolvimento e do Ciclo de Vida

Aartjan Beekman Ph.D.
Alistair Flint, M.B.
David Sultzer, M.D.
Ellen Whyte, M.D.

Questões Transculturais e de Gênero

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Kavoos G. Bassiri, M.S.
Venkataramana Bhat, M.D.
Marit Boiler, M.P.H.
Denise Canso, M.Sc.
Smita N. Deshpande, M.D., D.P.M.
Ravi DeSilva, M.D.
Esperanza Diaz, M.D.
Byron J. Good, Ph.D.
Simon Groen, M.A.
Ladson Hinton, M.D.
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.
Francis G. Lu, M.D.
Athena Madan, M.A.
Anne W. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
David M. Ndetei, M.D.
Andel V. Nicasio, M.S.Ed.
Vasudeo Paralikar, M.D., Ph.D.
Kanak Patil, M.A.
Filipa I. Santos, H.B.Sc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Monica Z. Scalco, M.D., Ph.D.
Katie Thompson, M.A.
Hendry Ton, M.D., M.Sc.
Rob C.J. van Dijk, M.Sc.
William A. Vega, Ph.D.
Johann M. Vega-Dienstmaier, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D.

Interface Psiquiatria / Medicina Geral

Daniel J. Balog, M.D.
Charles C. Engel, M.D., M.P.H.
Charles D. Motsinger, M.D.

Deficiência e Incapacidade

Cille Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de Avaliação e Diagnóstico

Paul J. Pikonis, Ph.D.

Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica

William E. Narrow, M.D., M.P.H., Presidente
Roger Peele, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D., Assessor
Stanley N. Caroff, M.D., Colaborador/Consultor
James B. Lohr, M.D., Colaborador/Consultor
Marianne Wambolt, Ph.D., Colaborador/Consultor

Grupo de Pesquisa do DSM-5

Allan Donner, Ph.D.

Revisores do Comitê Clínico e de Saúde Pública

Kenneth Altshuler, M.D.
Pedro G. Alvarenga, M.D.
Diana J. Antonacci, M.D.
Richard Balon, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, M.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, M.D.
David Braff, M.D.
Harry Brandt, M.D.
Kirk Brower, M.D.
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, M.D.
Patricia Casey, M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Eran Chemerinski, M.D.
Wai Chen, M.D.
Elie Cheniaux, M.D., D.Sc.
Cheryl Chessick, M.D,
J. Richard Ciccone, M.D.
Anita H. Clayton, M.D.
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, M.D.
Manuel J. Cuesta M.D., Ph.D.
Joanne L. Davis, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, M.D.
Dimitris Dikeos, M.D.
Ina E. Djonlagic, M.D.
C. Neill Epperson, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Spencer Eth, M.D.
David Fassler, M.D.
Giovanni A. Fava, M.D.
Robert Feinstein, M.D.
Molly Finnerty, M.D.
Mark H. Fleisher, M.D.
Alessio Florentini, M.D.
Laura Fochtmann, M.D.
Marshal Forstein, M.D.
William French, M.D.
Maximillian Gahr, M.D.
Cynthia Geppert, M.D.
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, M.D.
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
David Graeber, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, M.D.
Victoria Hendrick, M.D.
Merrill Herman, M.D.
David Herzog, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Ya-fen Huang, M.D.
Anthony Kales, M.D
Niranjan S. Karnik, M.D., Ph.D.
Jeffrey Katzman, M.D.
Bryan King, M.D.
Cecilia Kjellgren, M.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Steven Lamberti, M.D.
Ruth A. Lanius, M.D.
John Lauriello, M.D.
Anthony Lehman, M.D.
Michael Linden, M.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, M.D.
Wendy Marsh, M.D.
Michael S. McCloskey, Ph.D.
Jeffrey Metzner, M.D.
Robert Michels, M.D.
Laura Miller, M.D.
Michael C. Miller, M.D.
Frederick Moeller, M.D.
Peter T. Morgan, M.D., Ph.D.
Madhav Muppa, M.D.
Philip Muskin, M.D.
Joachim Nitschke, M.D.
Abraham Nussbaum, M.D.

Ann Olincy, M.D.
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, M.D.
Ismene L. Petrakis, M.D.
Christophe M. Pfeiffer, M.D.
Karen Pierce, M.D.
Belinda Plattner, M.D.
Franklin Putnam, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
John Racy, M.D.
Phillip Resnick, M.D.
Michele Riba, M.D.
Jerold Rosenbaum, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.
Daniel Schechter, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.
Alessandro Serretti, M.D.
Jianhua Shen, M.D.
Ravi Kumar R. Singareddy, M.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Gary Small, M.D.
Paul Soloff, M.D.
Christina Stadler, M.D., Ph.D.
Nada Stotland, M.D.
Neil Swerdlow, M.D.
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Richard Tuch, M.D.
Johan Verhulst, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Michael Weissberg, M.D.
Godehard Weniger, M.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Thomas Wise, M.D.
George E. Woods, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Alexander Young, M.D.

Pesquisas de Campo do DSM-5 em Centros Clínicos Acadêmicos—Amostras de Adultos

David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles

Investigador

Helen Lavretsky, M.D., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Jessica Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.
Paul Cernin, Ph.D.
Linda Ercoli, Ph.D.
Randall Espinoza, M.D.
Helen Lavretsky, M.D.
Jeanne Kim, Ph.D.
David Merrill, M.D.
Karen Miller, Ph.D.
Christopher Nunez, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Natalie St. Cyr, M.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Nora Nazarian, B.A.
Colin Shinn, M.A.

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada

Investigadores

Bruce G. Pollock, M.D., Ph.D., Investigador-chefe
R. Michael Bagby, Ph.D., Investigador principal
Kwame J. McKenzie, M.D., Investigador principal
Tony P. George, M.D., Coinvestigador
Lena C. Quilty, Ph.D., Coinvestigador
Peter Voore, M.D., Coinvestigador

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Donna E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne C. V. Baici, M.D.
Crystal Baluyut, M.D.
Eva W. C. Chow, M.D., J.D., M.P.H.
Z. J. Daskalakis, M.D., Ph.D.
Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.
George Foussias, M.Sc., M.D.
Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, M.D., M.Sc., Ph.D.
Margaret K. Hahn, M.D.
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine Joseph, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
Mahesh Menon, Ph.D.
Romina Mizrahi, M.D., Ph.D.
Daniel J. Mueller, M.D., Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D.
Jorge Soni, M.D.
Aristotle N. Voineskos, M.D., Ph.D.
George Voineskos, M.D.
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Referenciando Clínicos

Ofer Agid, M.D.
Ash Bender, M.D.
Patricia Cavanagh, M.D.
Sarah Colman, M.D.
Vincenzo Deluca, M.D.
Justin Geagea, M.D.
David S. Goldbloom, M.D.
Daniel Greben, M.D.
Malati Gupta, M.D.
Ken Harrison, M.D.
Imraan Jeeva, M.D.
Joel Jeffries, M.B.
Judith Laposa, Ph.D.
Jan Malat, M.D.
Shelley McMain, Ph.D.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
Andriy V. Samokhvalov, M.D., Ph.D.
Martin Strassnig, M.D.
Albert H. C. Wong, M.D., Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Gloria I. Leo, M.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Anissa D. Bachan, B.A.
Bahar Haji-Khamneh, M.A.
Olga Likhodi, M.Sc.
Eleanor J. Liu, Ph.D.
Sarah A. McGee Ng, B.B.A.

Outros Membros do Grupo de Pesquisa

Susan E. Dickens, M.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Sandy Richards, B.Sc.N., Gerente de pesquisa de esquizofrenia

Dallas VA Medical Center, Dallas, Texas

Investigadores

Carol S. North, M.D., M.P.E., Investigador principal
Alina Suris, Ph.D., A.B.P.P., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Barry Ardolf, Psy.D.
Abila Awan, M.D.
Joel Baskin, M.D.
John Black, Ph.D.
Jeffrey Dodds, Ph.D.
Gloria Emmett, Ph.D.
Karma Hudson, M.D.
Jamylah Jackson, Ph.D., A.B.P.P.
Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., A.B.P.P.
Heidi Koehler, Ph.D., A.B.P.P.
Elizabeth Lewis, Psy.D.
Aashish Parikh, M.D.
Reed Robinson, Ph.D.
Jheel Shah, M.D.
Geetha Shivakumar, M.D.
Sarah Spain, Ph.D., A.B.P.P.
Lisa Thoman, Ph.D.
Lia Thomas, M.D.
Jamie Zabukovec, Psy.D.
Mustafa Zaidi, M.D.
Andrea Zartman, Ph.D.

Fontes Gerais de Referência

Robert Blake, L.M.S.W.
Evelyn Gibbs, L.M.S.W.
Michelle King-Thompson, L.M.S.W.

Coordenadores de Pesquisa

Jeannie B. Whitman, Ph.D., Coordenadora-chefe de pesquisa
Sunday Adewuyi, M.D.
Elizabeth Anderson, B.A.
Solaleh Azimipour, B.S.
Carissa Barney, B.S.
Kristie Cavazos, B.A.
Robert Devereaux, B.S.
Dana Downs, M.S., M.S.W.
Sharjeel Farooqui, M.D.
Julia Smith, Psy.D.
Kun-Ying H. Sung, B.S.

School of Medicine, The University of Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigador

Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, M.D.
Nancy Diazgranados, M.D., M.S.
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., M.P.H.
Elena Gherman, M.D.
Jodi M. Gonzalez, Ph.D.
Pablo Gonzalez, M.D.
Phillip Lai, Psy.D.
Natalie Maples-Aguilar, M.A., L.P.A.
Marlon P. Quinones, M.D.

Jeslina J. Raj, Psy.D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, R.N., F.P.M.H.N.P.-B.C., D.N.P.-C.
Donna S. Stutes, M.S., L.P.C.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.PH, M.B.A.
Dawn I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, M.D., Ph.D.

Referenciando Clínicos

Albana Dassori, M.D.
Megan Frederick, M.A.
Robert Gonzalez, M.D.
Uma Kasinath, M.D.
Camis Milam, M.D.
Vivek Singh, M.D.
Peter Thompson, M.D.

Coordenadores de Pesquisa

Melissa Hernandez, B.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, R.N., B.S.N.
Patrick M. Smith, B.A.
Nicole B. Watson, M.A.

Michael E. DeBakey VA Medical Center and the Menninger Clinic, Houston, Texas (Joint Study Site)

Michael E. DeBakey VA Medical Center

Investigador

Laura Marsh, M.D., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Shalini Aggarwal, M.D.
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, M.D.
Charles DeJohn, M.D.
Robert Garza, M.D.
Aruna Gottumakkla, M.D.
Janet Hickey, M.D.
James Ireland, M.D.
Mary Lois Lacey, A.P.R.N.
Wendy Leopoulos, M.D.
Laura Marsh, M.D.
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Avila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Referenciando Clínicos

Sara Allison, M.D.
Leonard Denney, L.C.S.W.
Catherine Flores, L.C.S.W.
Nathalie Marie, M.D.
Christopher Martin, M.D.
Sanjay Mathew, M.D.
Erica Montgomery, M.D.
Gregory Scholl, P.A.
Jocelyn Ulanday, M.D., M.P.H.

Coordenadores de Pesquisa

Sarah Neely Torres, B.S., Coordenadora-chefe de pesquisa
Kathleen Grout, M.A.
Lea Kiefer, M.P.H.
Jana Tran, M.A.

Assistentes de Pesquisa Voluntários

Catherine Clark
Linh Hoang

Menninger Clinic

Investigador

Efrain Bleiberg, M.D., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Jennifer Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, L.C.S.W., B.C.D.
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, L.M.S.W.
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Edythe Harvey, M.D.
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, L.C.S.W.
Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Sandhya Trivedi, M.D.
Rebecca Wagner, Ph.D.
Harrell Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, L.C.S.W.

Referenciando Clínicos

James Flack, M.D.
David Ness, M.D.

Coordenadores de Pesquisa

Steve Herrera, B.S., M.T., Coordenadora-chefe de pesquisa
Allison Kalpakci, B.A.

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Investigadores

Mark A. Frye, M.D., Investigador principal
Glenn E. Smith, Ph.D., Investigador principal
Jeffrey P. Staab M.D., M.S., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Osama Abulseoud, M.D.
Jane Cerhan, Ph.D.
Julie Fields, Ph.D.
Mark A. Frye, M.D.
Manuel Fuentes, M.D.
Yonas Geda, M.D.
Maria Harmandayan, M.D.
Reba King, M.D.
Simon Kung, M.D.
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, M.D.
Alastair McKean, M.D.
Juliana Moraes, M.D.
Teresa Rummans, M.D.
James R. Rundell, M.D.
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, D.O.
Jeffrey P. Staab M.D., M.S.
Marin Veldic, M.D.
Mark D. Williams, M.D.
Maya Yustis, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Lisa Seymour, B.S., Coordenadora-chefe de pesquisa
Scott Feeder, M.S.
Lee Gunderson, B.S.
Sherrie Hanna, M.A., L.P.
Kelly Harper, B.A.
Katie Mingo, B.A.
Cynthia Stoppel, A.S.

Outros Membros do Estudo

Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Investigadores

Mahendra T. Bhati, M.D., Investigadora principal
Marna S. Barrett, Ph.D., Coinvestigador
Michael E. Thase, M.D., Coinvestigador

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Peter B. Bloom, M.D.
Nicole K Chalmers L.C.S.W.
Torrey A. Creed, Ph.D.
Mario Cristancho, M.D.
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josephine Elia, M.D.
Peter Gariti, Ph.D., L.C.S.W.
Philip Gehrman, Ph.D.
Laurie Gray, M.D.
Emily A.P. Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, M.B.A., M.S., Psy.D.
Paulo Knapp, M.D.
Yong-Tong Li, M.D.
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Luke Schultz, Ph.D.
Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, M.D.
Nancy A. Wintering, L.C.S.W.

Referenciando Clínicos

Eleanor Ainslie, M.D.
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, M.D.
Claudia F. Baldassano, M.D.
Vijayta Bansal, M.D.
Rachel A. Bennett, M.D.
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, M.D.
Karla Campanella, M.D.
Anthony Carlino, M.D.
Noah Carroll, M.S.S.
Alysia Cirona, M.D.
Samuel Collier, M.D.
Andreea Crauciuc, L.C.S.W.
Pilar Cristancho, M.D.
Traci D'Almeida, M.D.
Kathleen Diller, M.D.
Benoit Dubé, M.D.
Jon Dukes, M.S.W.
Lauren Elliott, M.D.
Mira Elwell, B.A.
Mia Everett, M.D.
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, L.C.S.W.
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves, L.C.S.W.
Tamar Gur, M.D., Ph.D.
Alisa Gutman, M.D., Ph.D.
Nora Hymowitz, M.D.
Sofia Jensen, M.D.
Tiffany King, M.S.W.
Katherine Levine, M.D.

Alice Li, M.D.
Janet Light, L.C.S.W.
John Listerud, M.D., Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, M.D.
Adam Meadows, M.D.
Michelle Moyer, M.D.
Rebecca Naugle, L.C.S.W.
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, M.D., Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, M.D.
Abraham Pachikara, M.D.
Andrea Perelman, M.S.W.
Diana Perez, M.S.W.
Bianca Previdi, M.D.
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, M.D.
Jan Smedley, L.C.S.W.
Katie Struble, M.S.W.
Aita Susi, M.D.
Yekaterina Tatarchuk, M.D.
Ellen Tarves, M.A.
Allison Tweedie, M.D.
Holly Valerio, M.D.
Thomas A. Wadden, Ph.D.
Joseph Wright, Ph.D.
Yan Xuan, M.D.
David Yusko, Psy.D.

Coordenadores de Pesquisa

Jordan A. Coello, B.A., Chefe de pesquisa
Eric Wang, B.S.E.

Assistentes de Pesquisa Voluntários/Internos

Jeannine Barker, M.A., A.T.R.
Jacqueline Baron
Kelsey Bogue
Alexandra Ciomek
Martekuor Dodoo, B.A.
Julian Domanico
Laura Heller, B.A.
Leah Hull-Rawson, B.A.
Jacquelyn Klehm, B.A.
Christina Lam
Dante Proetto, B.S.
Molly Roy
Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Investigadores

Carl Feinstein, M.D., Investigador principal
Debra Safer, M.D., Investigador principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, M.D.
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, M.D.
Mina Fisher, M.D.
Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, M.D.
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, M.D.
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, M.D.
Rex Huang, M.D.
Nina Kirz, M.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, M.D.
Adrianne Lona, M.D.
Ranvinder Rai, M.D.
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, M.D., Ph.D.
Debra Safer, M.D.
Mary Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, M.D.
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, M.D.
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Referenciando Clínicos

Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, M.D.
Carl Feinstein, M.D.
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, M.D.
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, M.D.
Lauren Mikula, Psy.D.
Brandyn Street, Ph.D.
Violeta Tan, M.D.
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, M.D.
Sharon Williams, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Kate Arnow, B.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Nandini Datta, B.S.
Stephanie Manasse, B.A.

Assistentes de Pesquisa Voluntários/Internos

Arianna Martin, M.S.
Adriana Nevado, B.A.

Children's Hospital Colorado, Aurora, Colorado

Investigador

Marianne Wamboldt, M.D., Investigadora principal

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Galia Abadi, M.D.
Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Adam Burstein, M.D.
Debbie Carter, M.D.
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, M.D.
Paulette Christian, A.P.P.M.H.N.
Mary Cook, M.D.
Anthony Cordaro, M.D.
Audrey Dumas, M.D.
Guido Frank, M.D.
Karen Frankel, Ph.D.
Darryl Graham, Ph.D.
Yael Granader, Ph.D.
Isabelle Guillemet, M.D.
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph.D.
Tammy Herckner, L.C.S.W.
Cassie Karlsson, M.D.
Kimberly Kelsay, M.D.
David Kieval, Ph.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, L.C.S.W.
Harrison Levine, M.D.
Raven Lipmanson, M.D.
Susan Lurie, M.D.
Asa Marokus, M.D.
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scot McKay, M.D.
Marissa Murgolo, L.C.S.W.
Alyssa Oland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, M.D.
Diane Reichmuth, Ph.D
Michael Rollin, M.D.
Marlena Romero, L.C.S.W.
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, M.D.
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, M.D.
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, L.C.S.W.
Mindy Solomon, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, L.C.S.W.
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, A.P.P.M.H.N
Marianne Wamboldt, M.D.
Angela Ward, L.C.S.W.
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan Young, Ph.D.

Referenciando Clínicos

Kelly Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, L.C.S.W.
Jennifer Hagman, M.D.
James Masterson, L.C.S.W.
Hy Gia Park, M.D.
Tami Roblek, Ph.D.
Wendy Smith, Ph.D.
David Williams, M.D.

Coordenadores de Pesquisa

Laurie Burnside, M.S.M., C.C.R.C., Coordenadora-chefe de pesquisa
Darci Anderson, B.A., C.C.R.C.
Heather Kennedy, M.P.H.
Amanda Millar, B.A.
Vanessa Waruinge, B.S.
Elizabeth Wallace, B.A.

Assistentes de Pesquisa Voluntários/Internos

Wisdom Amouzou
Ashley Anderson
Michael Richards
Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Investigadores

Bruce Waslick, M.D., Investigadora principal
Cheryl Bonica, Ph.D., Coinvestigador
John Fanton, M.D., Coinvestigador
Barry Sarvet, M.D., Coinvestigador

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Julie Bermant, R.N., M.S.N., N.P.
Cheryl Bonica, Ph.D.
Jodi Devine, L.I.C.S.W.
William Fahey, Ph.D.
John Fanton, M.D.

Stephane Jacobus, Ph.D.
Barry Sarvet, M.D.
Peter Thunfors, Ph.D.
Bruce Waslick, M.D.
Vicki Weld, L.I.C.S.W.
Sara Wiener, L.I.C.S.W.
Shadi Zaghloul, M.D.

Referenciando Clínicos

Sarah Detenber, L.I.C.S.W.
Gordon Garrison, L.I.C.S.W.
Jacqueline Humpreys, L.I.C.S.W.
Noreen McGirr, L.I.C.S.W.
Sarah Marcotte, L.C.S.W.
Patricia Rogowski, R.N., C.N.S.

Coordenadores de Pesquisa

Julie Kingsbury, C.C.R.P., Coordenadora-chefe de pesquisa
Brenda Martin, B.A.

Assistentes de Pesquisa Voluntários/Internos

Liza Detenber

New York State Psychiatric Institute, New York, N.Y., Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions, New York and White Plains, N.Y., and North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, N.Y. (Joint Study Site)

Investigador

Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigador principal

Coordenadores de Pesquisa

Julia K. Carmody, B.A., Coordenadora-chefe de pesquisa
Zvi R. Shapiro, B.A., Coordenadora-chefe de pesquisa

Voluntários

Preeya Desai
Samantha Keller
Jeremy Litfin, M.A.
Sarah L. Pearlstein, B.A.
Cedilla Sacher

New York State Psychiatric Institute

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Michele Cohen, L.C.S.W.
Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
Miriam Ehrensaft, Ph.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Schuyler Henderson, M.D., M.P.H.
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, M.D.
Sweene C. Oscar, Ph.D.
Xenia Protopopescu, M.D.
James Rodriguez, Ph.D.
Gregory Tau, M.D.
Melissa Tebbs, L.C.S.W.
Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.
Khadijah Booth Watkins, M.D.
Matthew Ehrlich, M.D.
Eve Friedl, M.D.
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, L.C.S.W.
Liora Hoffman, M.D.
Kathleen Jung, M.D.
Karimi Mailutha, M.D., M.P.H.
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira Rynn, M.D.
Jasmine Sawhney, M.D.
Sarajbit Singh, M.D.
Katherine Stratigos, M.D.
Oliver Stroeh, M.D.
Russell Tobe, M.D.
Meghan Tomb, Ph.D.
Michelle Tricamo, M.D.

Referenciando Clínicos

George Alvarado, M.D.
Alison Baker, M.D.
Elena Baron, Psy.D.
Lincoln Bickford, M.D., Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen, L.C.S.W.
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Angel A. Caraballo, M.D.
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, M.D.
Tess Dougherty, B.A.
Stephanie Hundt, M.A.
Moira A. Rynn, M.D.
Deborah Stedge, R.N.

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Archana Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, M.D.
Maria De Pena-Nowak, M.D.
Jill Feldman, L.M.S.W.
Dennis Gee, M.D.
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, M.D.
Margaret Yoon, M.D.

Referenciando Clínicos

Margo Benjamin, M.D.
Vanessa Bobb, M.D.
Elizabeth Bochtler, M.D.
Katie Cave, L.C.S.W.
Maalobeeka Gangopadhyay, M.D.
Jodi Gold, M.D.
Tejal Kaur, M.D.
Aaron Krasner, M.D.
Amy Miranda, L.C.S.W.
Cynthia Pfeffer, M.D.
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, M.D.
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, M.D.

Coordenadores de Pesquisa

Alex Eve Keller, B.S., Coordenador-chefe de pesquisa
Nomi Bodner (voluntário)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (voluntário)
Rebecca L. Rendleman, M.D.

North Shore Child and Family Guidance Center

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Casye Brachfeld-Launer, L.C.S.W.
Susan Klein Cohen, Ph.D.
Amy Gelb, L.C.S.W.-R.
Jodi Glasser, L.C.S.W.
Elizabeth Goulding-Tag, L.C.S.W.
Deborah B. Kassimir, L.C.S.W.
Margo Posillico Messina, L.C.S.W.
Andréa Moullin-Heddle, L.M.S.W.
Lisa Pineda, L.C.S.W.
Elissa Smilowitz, L.C.S.W.

Referenciando Clínicos

Regina Barros-Rivera, L.C.S.W.-R. Diretor Executivo Assistente
Maria Christiansen, B.S.
Amy Davies-Hollander, L.M.S.W.
Eartha Hackett, M.S.Ed., M.Sc., B.Sc.
Bruce Kaufstein, L.C.S.W.-R, Diretor de serviços clínicos
Kathy Knaust, L.C.S.W.
John Levinson, L.C.S.W.-R, B.C.D.
Andrew Maleckoff, L.C.S.W., Diretor Executivo/CEO
Sarah Rosen, L.C.S.W.-R, A.C.S.W.
Abigail Rothenberg, L.M.S.W.
Christine Scotten, A.C.S.W.
Michelle Spatano, L.C.S.W.-R.
Diane Straneri, M.S., R.N., C.S.
Rosara Torrisi, L.M.S.W.
Rob Vichnis, L.C.S.W.

Coordenadores de Pesquisa

Toni Kolb-Papetti, L.C.S.W.
Sheena M. Dauro (voluntário)

DSM-5 Field Trials Pilot Study, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, Maryland

Amostras Adultas

Community Psychiatry Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Main Campus

Investigadores

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O., Investigador principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Principal Investigator

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.
Shane Grant, L.C.S.W.-C.
Charee Green, L.C.P.C.
Emily Lorensen, L.C.S.W.-C.
Kathleen Malloy, L.C.P.C.
Gary Pilarchik, L.C.S.W.-C
Holly Slater, L.C.P.C.
Stanislav Spivak, M.D.
Tarcia Spencer Turner, L.C.P.C.
Nicholas Seldes Windt, L.C.S.W.-C.

Coordenadores de Pesquisa

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Amostras Pediátricas

Child and Adolescent Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Bayview Medical Center

Investigadores

Joan P. Gerring, M.D., Investigador principal
Leslie Miller, M.D., Investigador principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Coinvestigador

Referenciando e Entrevistando Clínicos

Shannon Barnett, M.D.
Gwen Condon, L.C.P.C.
Brijan Fellows, L.C.S.W.-C.
Heather Garner, L.C.S.W.-C.
Joan P. Gerring, M.D.
Anna Gonzaga, M.D.
Debra Jenkins, L.C.S.W.-C.
Paige N. Johnston, L.C.P.C.
Brenda Memel, D.N.P., R.N.
Leslie Miller, M.D.
Ryan Moore, L.C.S.W.-C.
Shauna Reinblatt, M.D.
Monique Vardi, L.C.P.C.

Coordenadores de Pesquisa

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Pesquisas de Campo em Contextos da Prática Clínica de Rotina: Pesquisadores Colaboradores

Archil Abashidze, M.D.
Francis R. Abueg, Ph.D.
Jennifer Louise Accuardi, M.S.
Balkozar S. Adam, M.D.
Miriam E. Adams, Sc.D., M.S.W., L.I.C.S.W.
Suzanna C. Adams, M.A.
Lawrence Adler, M.D.
Rownak Afroz, M.D.
Khalid I. Afzal, M.D.
Joseph Alimasuya, M.D.
Emily Allen, M.S.
Katherine A. Allen, L.M.F.T., M.A.
William D. Allen, M.S.
Jafar AlMashat, M.D.
Anthony T. Alonzo, D.M.F.T.
Guillermo Alvarez, B.A., M.A.
Angela Amoia-Lutz, L.M.F.T.
Krista A. Anderson, M.A., L.M.F.T.
Lisa R. Anderson, M.Ed., L.C.P.C.
Pamela M. Anderson, L.M.F.T.
Shannon N. Anderson, M.A., L.P.C., N.C.C.
Eric S. Andrews, M.A.
Vicki Arbuckle, M.S., Enfermagem (N.P.)
Namita K. Arora, M.D.
Darryl Arrington, M.A.
Bearlyn Y. Ash, M.S.
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, M.D.
Deborah C. Bailey, M.A., M.S., Ph.D.
Carolyn Baird, D.N.P., M.B.A., R.N.-B.C., C.A.R.N.-A.P., I.C.C.D.P.D.
Joelle Bangsund M.S.W.
Maria Baratta, M.S.W., Ph.D.
Stan Barnard, M.S.W.
Deborah Barnes, M.S.
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, M.D.
Edward Wescott Beal, M.D.
Michelle Beaudoin, M.A.
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed
Emmet Bellville, M.A.
Randall E. Bennett, M.A.
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, M.D.
Linda Benton, M.S.W.
Ditza D. Berger, Ph.D.
Louise I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, M.S., L.M.F.T.
Diana M. Bigham, M.A.
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell, L.M.F.T.
Lancia Blatchley, B.A., L.M.F.T.
Stacey L. Block, L.M.S.W., A.C.S.W.
Karen J. Bloodworth, M.S., N.C.C., L.P.C.
Lester Bloomenstiel, M.S.
Christine M. Blue, D.O.
Marina Bluvshtein, Ph.D.
Callie Gray Bobbitt, M.S.W., L.C.S.W.
Moses L. Boone, Jr., L.M.S.W., B.C.D.
Steffanie Boudreau-Thomas, M.A.-L.P.C.
Jay L. Boulter, M.A.
Aaron Daniel Bourne, M.A.
Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, B.S., M.S.
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, M.D.
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., C.A.S., S.A.P.

Sandra L. Branton, Ed.D.
Karen J. Brocco-Kish, M.D.
Kristin Brooks, P.M.H.N.P.
Ann Marie Brown, M.S.W.
Philip Brown, M.S.W.
Kellie Buckner, Ed.S.
Richard Bunt, M.D.
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, M.S.W., L.C.S.W.
Kimlee Butterfield, M.S.W.
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, M.S.W., L.C.S.W.
Alvaro Camacho, M.D., M.P.H.
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, M.A.
Nancy Campbell, Ph.D., M.S.W.
Karen Ranee Canada, L.M.F.T.
Joseph P. Cannavo, M.D.
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., M.S.
Rebecca J. Carney, M.B.A., M.A., L.M.H.C.
Kelly J. Carroll, M.S.W.
Richard W. Carroll, Ph.D., L.P.C., A.C.S.
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, L.I.S.W.S., L.C.D.C. III
Manisha P. Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, M.D.
Shambhavi Chandraiah, M.D.
Calvin Chatlos, M.D.
Daniel C. Chen, M.D.
Darlene Cheryl, M.S.W.
Matthew R. Chirman, M.S.
Carole A. Chisholm, M.S.W.
Shobha A. Chottera, M.D.
Joseph Logue Christenson, M.D.
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Mary Ann Cohen, M.D.
Mitchell J. Cohen, M.D.
Diego L. Coira, M.D.
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, M.S.W., L.C.S.W.
Caron Collins, M.A., L.M.F.T.
Wanda Collins, M.S.N.
Linda Cook Cason, M.A.
Ayanna Cooke-Chen, M.D., Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, D.O.
Ileana Corbelle, M.S.W.
Kimberly Corbett, Psy.D.
Angelina Cordova, M.A.Ed.
Jennifer Carol Cox, L.P.C.
Sheree Cox, M.A., R.N., N.C.C., D.C.C., L.M.H.C.
William Frederick Cox, M.D.
Sally M. Cox, M.S.Ed.
Debbie Herman Crane, M.S.W.
Arthur Ray Crawford, III, Ph.D.
Roula Creighton, M.D.
John R. Crossfield, L.M.H.C.
Sue Cutbirth, R.N., M.S.N, C.S., P.M.H.N.P.
Marco Antonio Cuyar, M.S.
Rebecca Susan Daily, M.D.
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, M.D.
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, M.D.
Doreen Davis, Ph.D., L.C.S.W.
Sandra Davis, Ph.D., L.M.H.C., N.C.C.
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kent Dean, Ph.D.
Elizabeth Dear, M.A.
Shelby DeBause, M.A.
Rebecca B. DeLaney, M.S.S.W., L.C.S.W., B.C.D.
John R. Delatorre, M.A.
Frank DeLaurentis, M.D.
Eric Denner, M.A., M.B.A.
Mary Dennihan, L.M.F.T.
Kenny Dennis, M.A.
Pamela L. Detrick, Ph.D., M.S., F.N.P.-B.C., P.M.H.N.P.-B.C., R.N.-B.C., C.A.P., G.C.A.C.
Robert Detrinis, M.D.
Daniel A. Deutschman, M.D.
Tania Diaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, M.S.W., L.C.S.W.
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, M.A.
D'Ann Downey, Ph.D., M.S.W.
Beth Doyle, M.A.
Amy J. Driskill, M.S., L.C.M.F.T.
James Drury, M.D.
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, M.S.N.
Nancy R. G. Dunbar, M.D.
Cathy Duncan, M.A.
Rebecca S. Dunn, M.S.N., A.R.N.P.
Debbie Earnshaw, M.A.
Shawna Eddy-Kissell, M.A.
Momen El Nesr, M.D.
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Donna M. Emfield, L.C.P.C.
Gretchen S. Enright, M.D.
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, M.B.B.S., M.D.
Heather Evans, M.S.Ed, L.P.C.N.C.C.
Cesar A. Fabiani, M.D.
Fahim Fahim, M.D.
Samuel Fam, M.D.
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, M.S.N, A.R.N.P.
Farida Farzana, M.D.

Philip Fast, M.S.
Patricia Feltrup-Exum, M.A.M.F.T.
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, M.S.W., L.I.C.S.W.
Jane Fink, Ph.D., M.S.S.A.
Kathy Finkle, L.P.C.M.H.
Steven Finlay, Ph.D.
Rik Fire, M.S.W., L.C.S.W.
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, M.S.
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, L.I.C.S.W.
Sherre K. Franklin, M.A.
Helen R. Frey, M.A., E.D.
Michael L. Freytag, B.S., M.A.
Beth Gagnon, M.S.W.
Patrice L.R. Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, M.A.
Robert Gallo, M.S.W.
Mario Galvarino, M.D.
Vladimir I. Gasca, M.D.
Joshua Gates, Ph.D.
Anthony Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, A.P.R.N., M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
Rachel E. Gearhart, L.C.S.W.
Stephen D. Gelfond, M.D.
Nancy S. Gerow, M.S.
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan M. A. Geyer, L.M.S.W.
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, M.D.
Richard Dorsey Gillespie, M.Div.
Stuart A. Gitlin, M.S.S.A.
Jeannette E. Given, Ph.D.
Frances Gizzi, L.C.S.W.
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Martha Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, M.D.
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
Michael I. Good, M.D.
Dawn Goodman-Martin, M.A.-L.M.H.C.
Robert Gorkin, Ph.D., M.D.
Jeff Gorski, M.S.W.
Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, L.M.S.W., C.A.S.A.C.
Howard S. Green, M.D.
Karen Torry Green, M.S.W.
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, M.A.
James L. Greenstone, Ed.D., J.D.
Raymond A. Griffin, Ph.D.
Joseph Grillo, Ph.D.
Janeane M. Grisez, A.A., B.A.
Lawrence S. Gross, M.D.
Robert J. Gross, M.D.
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, M.D.
Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, B.A., B.S., M.S.N.
Mary G. Hales, M.A.
Tara C. Haley, M.S., L.M.F.T.
John D. Hall, M.D.
Amy Hammer, M.S.W.
Michael S. Hanau, M.D.
Linda K.W. Hansen, M.A., L.P.
Genevieve R. Hansler, M.S.W.
Mary T. Harrington, L.C.S.W.
Lois Hartman, Ph.D.
Steven Lee Hartsock, Ph.D., M.S.W.
Victoria Ann Harwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rossi A. Hassad, Ph.D., M.P.H.
Erin V. Hatcher, M.S.N.
Richard L. Hauger, M.D.
Kimberly M. Haverly, M.A.
Gale Eisner Heater, M.S., M.F.T.
Katlin Hecox, M.A.
Brenda Heideman, M.S.W.
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, M.S.
Melissa B. Held, M.A.
Jessica Hellings, M.D.
Bonnie Helmick-O'Brien, M.A., L.M.F.T.
MaLinda T. Henderson, M.S.N, F.P.M.H.N.P.
Gwenn Herman, M.S.W.
Martha W. Hernandez, M.S.N, A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.
Robin L. Hewitt, M.S.
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, D.O.
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman, Jr., M.D.
Kimberly Huegel, M.S.W., L.C.S.W.
Jason Hughes, L.P.C.-S., N.C.C.
Jennifer C. Hughes, Ph.D., M.S.W., L.I.S.W.-S.
Michelle K. Humke, M.A.
Judith G. Hunt, L.M.F.T.
Tasneem Hussainee, M.D.
Sharlene J. Hutchinson, M.S.N.
Muhammad Ikram, M.D.
Sunday Ilechukwu, M.D., D.Psy. Cli.
Douglas H. Ingram, M.D.
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., P.C.C.-S., L.I.C.D.C.
Mohammed A. Issa, M.D.
John L. Jankord, M.A.
Barbara P. Jannah, L.C.S.W.
C. Stuart Johnson, M.S.
Dawn M. Johnson, M.A.
Deanna V. Johnson, M.S., A.P.R.N., B.C.
Eric C. Johnson, M.F.T.
Joy Johnson, Ph.D., L.C.S.W.
Willard Johnson, Ph.D.

Xenia Johnson-Bhembe, M.D.
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, M.S.W.
Steven M. Joseph, M.D.
Taylere Joseph, M.A.
Jeanette M. Joyner-Craddock, M.S.S.W.
Melissa Kachapis, M.A.
Charles T. Kaelber, M.D.
Aimee C. Kaempf, M.D.
Peter Andrew Kahn, M.D.
Robert P. Kahn-Rose, M.D.
Maher Karam-Hage, M.D.
Todd H. Kasdan, M.D.
Karen Kaufman, M.S., L.M.F.T.
Rhesa Kaulia, M.A., M.F.T.
Debbie Lynn Kelly, M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy, M.A.
Judith A. Kenney, M.S., L.P.C.
Mark Patrick Kerekes, M.D.
Alyse Kerr, M.S., N.C.C., N.A.D.D.-C.C., L.P.C.
Karen L. Kerschmann, L.C.S.W.
Marcia Kesner, M.S.
Ashan Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, M.D.
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, M.S.W.
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, M.S.W., L.C.S.W., L.C.A.S.
Kyle Kinne, M.S.C
Cassandra M. Klyman, M.D.
David R. Knapp, L.C.S.W.
Margaret Knerr, M.S.
Michael R. Knox, Ph.D.
Carolyn Koblin, M.S.
Valerie Kolbert, M.S., A.R.N.P.-B.C.
Heather Koontz, M.S.W.
Faye Koop, Ph.D., L.C.M.F.T.
Fern M. Kopakin, M.S.W., L.C.S.W.
Joel Kotin, M.D.
Sharlene K. Kraemer, M.S.E.
Marjorie Vego Krausz, M.A., Ed.D.
Nancy J. Krell, M.S.W.
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, M.S., M.F.T.
Ajay S. Kuchibhatla, M.D.
Shubha N. Kumar, M.D.
Helen H. Kyomen, M.D., M.S.
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
Alexis Lake, M.S.S.
Ramaswamy Lakshmanan, M.D.
Brigitta Lalone, L.C.S.W.-R
John W. Lancaster, Ph.D.
Patience R. Land, L.I.C.S.W., M.S.W., M.P.A.
Amber Lange, M.A., Ph.D.
Jeff K. Larsen, M.A.
Nathan E. Lavid, M.D.
Michelle Leader, Ph.D.
Stephen E. Lee, M.D.
Cathryn L. Leff, Ph.D., L.M.F.T.
Rachael Kollar Leombruno, L.M.F.T.
Arlene I. Lev, M.S.W., L.C.S.W.-R
Gregory K. Lewis, M.A.-L.M.F.T.
Jane Hart Lewis, M.S.
Melissa S. Lewis, M.S.W., L.I.C.S.W.
Norman Gerald Lewis, F.R.A.N.Z.C.P.
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, M.D.
Tammy R. Lias, M.A.
Russell F. Lim, M.D.
Jana Lincoln, M.D.
Ted Lindberg, L.M.S.W., L.M.F.T., M.S.W.
Peggy Solow Liss, M.S.W.
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, M.D.
Mary L. Ludy, M.A., L.M.H.C., L.M.F.T.
Nathan Lundin, M.A., L.P.C.
Veena Luthra, M.D.
Patti Lyerly, L.C.S.W.
Denise E. Maas, M.A.
Silvia MacAllister, L.M.F.T.
Nicola MacCallum, M.S., M.F.C. Terapia
Colin N. MacKenzie, M.D.
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, M.S., M.Div
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, M.D.
Debra Majewski, M.A.
Harish Kumar Malhotra, M.D.
Pamela Marcus, R.N., M.S.
Mary P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, M.A., L.P.C., A.D.C.
Robert S. Martin, M.D.
Jennifer L. Martinez, M.S.
Ninfa Martinez-Aguilar, M.A., M.F.T.
Emily Martinsen, M.S.W.
Farhan A. Matin, M.D.
Janus Maybee, P.M.H.N.P.
Karen Mazarin-Stanek, M.A.
Eben L. McClenahan, M.D., M.S.
Jerlyn C. McCleod, M.D.
Susan E. McCue, M.S.W., L.C.S.W.
Kent D. McDonald, M.S.
Daniel McDonnell, M.S.N, P.M.H.-N.P.
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, M.S.W.
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, M.S.W.
Mona McNelis-Broadley, M.S.W., L.C.S.W.
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, M.D., F.A.P.M.
Rachel B. Michaelsen, M.S.W.

Thomas F. Micka, M.D.
Tonya Miles, Psy.D.
Matthew Miller, M.S.
Michael E. Miller, M.D.
Noel Miller, L.M.S.W., M.B.A., M.P.S.
Kalpana Miriyala, M.D.
Sandra Moenssens, M.S.
Erin Mokhtar, M.A.
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, M.A.
Theresa K. Moon, M.D.
David B. Moore, B.A., M.Div., M.S.S.W., Ph.D.
Joanne M. Moore, M.S.
Peter I. M. Moran, M.B.B.Ch.
Anna Moriarty, M.P.S., L.P.C., L.M.H.C.
Richard Dean Morris, M.A.
Michael M. Morrison, M.A.
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, M.D.
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, M.D.
Stefan Nawab, M.D.
Allyson Matney Neal, D.N.P.
Steven Nicholas, M.A.
Aurelian N. Niculescu, M.D.
Earl S. Nielsen, Ph.D.
Terry Oleson, Ph.D.
Julianne R. Oliver, B.S., M.S., Ph.D.
Robert O. Olsen, M.D.
Amy O'Neill, M.D.
Oscar H. Oo, Psy.D., A.B.P.P.
Laurie Orlando, J.D., M.A.
Jill Osborne, M.S., Ed.S.
Kimberly Overlie, M.S.
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, M.S.W.
Suzette R. Papadakis, M.S.
Amanda C. Parsons, M.A., L.P.C.C.
Lee R. Pate, B.A., M.A.
Eric L. Patterson, L.P.C.
Sherri Paulson, M.Ed., L.S.C.W.
Peter Dennis Pautz, B.A., M.S.W.
Malinda J. Perkins, M.S.W., L.C.S.W.
Eleanor F. Perlman, M.S.W.
Deborah K. Perry, M.S.W.
Amanda Peterman, L.M.F.T.
Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, M.S.
Laura Pieper, M.S.W., L.C.S.W.
Lori D. Pink, M.S.W., B.C.D
Michael G. Pipich, M.S., L.M.F.T.
Cynthia G. Pizzulli, M.S.W., Ph.D.
Kathy C. Points, M.A.
Marya E. Pollack, M.D., M.P.H.
Sanford E. Pomerantz, M.D.
Eva Ponder, M.S.W., Psy.D.
Ernest Poortinga, M.D.
David Post, M.D.
Laura L. Post, M.D., Ph.D., J.D.
Patrick W. Powell, Ed.D.
Beth M. Prewett, Psy.D.
Robert Price, D.C.C., M.Ed.
John Pruett, M.D.
Aneita S. Radov, M.A.
Dawn M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, M.D.
Ranjit Ram, M.D.
Mohamed Ibrahim Ramadan, M.D., M.S.
Christopher S. Randolph, M.D.
Nancy Rappaport, M.Ed.
John Moir Rauenhorst, M.D.
Laurel Jean Rebenstock, L.M.S.W.
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, M.A.
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, M.A.
Brenda Rohren, M.A., M.F.S., L.I.M.H.P., L.A.D.C., M.A.C.
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, M.D.
Harvey A. Rosenstock, M.D.
Thalia Ross, M.S.S.W.
Fernando Rosso, M.D.
Barry H. Roth, M.D.
Thomas S. Rue, M.A., L.M.H.C.
Elizabeth Ruegg, L.C.S.W.
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, M.A., D.H.Ed.
Joseph A. Sabella, L.M.H.C.
Kemal Sagduyu, M.D.
Adam H. Saltz, M.S.W.
Jennifer A. Samardak, L.I.S.W.-S.
George R. Samuels, M.A., M.S.W.
Carmen Sanjurjo, M.A.
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, M.A., M.F.T.
Lori Cluff Schade, M.S.
Joan E. Schaper, M.S.N.
Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, M.S.W., L.I.C.S.W.
Amy J. Schwarzenbart, P.M.H.-C.N.S., B.C., A.P.N.P.
John V. Scialli, M.D.
Chad Scott, Ph.D., L.P.C.C.
Sabine Sell, M.F.T.
Minal Shah, N.S., N.C.C., L.P.C.
Lynn Shell, M.S.N.
Dharmesh Navin Sheth, M.D.
S. Christopher Shim, M.D.
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, M.D., Ph.D.
Michael Siegell, M.D.

Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, M.D.
Melissa Rae Skrzypchak, M.S.S.W., L.C.S.W.
Paula Slater, M.D.
William Bill Slaughter, M.D., M.A.
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diane E. Smith, M.A., L.M.F.T.
James S. Sommer, M.S.
J. Richard Spatafora, M.D.
Judy Splittgerber, M.S.N., C.S., N.P.
Thiruneermalai T.G. Sriram, M.D.
Martha W. St. John, M.D.
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, M.A.
Laura A. Stamboni, M.S.W.
Carol L. R. Stark, M.D.
Stephanie Steinman, M.S.
Claudia M. Stevens, M.S.W.
Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.
Dominique Stevens-Young, M.S.W., L.C.S.W.
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, M.D.
Suzanne Straebler, A.P.R.N.
Dawn Stremel, M.A., L.M.F.T.
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, M.S., L.M.F.T.
Thomas G. Suk, M.A.
Elizabeth Sunzeri, M.S.
Linnea Swanson, M.A., Psy.D.
Patricia Swanson, M.A.
Fereidoon Taghizadeh, M.D.
Bonnie L. Tardif, L.M.H.C., N.C.C., B.C.P.C.C.
Joan Tavares, M.S.W.
Ann Taylor, M.S.W.
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, L.M.H.C.
Martha H. Teater, M.A.
Clark D. Terrell, M.D.
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, M.S., Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, M.A.
Susan Thorne-Devin, A.M.
Jean Eva Thumm, M.A.P.C., M.A.T., L.M.F.T., B.C.C.
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, M.D.
Jacqueline A. Torrance, M.S.
Terrence Trobaugh, M.S.
Louisa V. Troemel, Psy.D., L.M.F.T.
Susan Ullman, M.S.W.
Jennifer M. Underwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rodney Dale Veldhuizen, M.A.
Michelle Voegels, B.S.N., M.S.N., B.C.
Wess Vogt, M.D.
R. Christopher Votolato, Psy.D.
John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, M.A.
Dominique Walmsley, M.A.
Bhupinder Singh Waraich, M.D.
Joseph Ward, N.C.C., L.P.C. M.Ed.
Robert Ward, M.S.W.
Marilee L. M. Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, L.P.C.-S., L.A.C., N.C.C., N.C.S.C., A.A.D.C., I.C.A.A.D.C.
Sheila R. Webster, M.A., M.S.S.A.
Burton Weiss, M.D.
Dennis V. Weiss, M.D.
Jonathan S. Weiss, M.D.
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed.D.
Kris Sandra Wheatley, M.A., L.P.C., N.C.C.
Leneigh White, M.A.
Danny R. Whitehead, L.I.C.S.W.
Jean Whitinger, M.A.
Peter D. Wilk, M.D.
Vanessa Wilkinson, L.P.C.
Tim F. Willia, M.S., M.A.Ed., L.P.C.
Cathy E. Willis, M.A., L.M.F.T., C.A.D.C.
Jeffery John Wilson, M.D.
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Wines, M.S.W.
Barbara A. Wirebaugh, M.S.W.
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, M.S.W., L.C.S.W.
Susanna Wood, M.S.W., L.C.S.W.
Linda L. Woodall, M.D.
Leoneen Woodard-Faust, M.D.
Sheryl E. Woodhouse, L.M.F.T.
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniak, M.D.
Kimberly Isaac Wright, M.A.
Peter Yamamoto, M.D.
Maria Ruiza Ang Yee, M.D.
Michael B. Zafrani, M.D.
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
John Zibert, Ph.D.
Karen Zilberstein, M.S.W.
Cathi Zillmann, C.P.N.P., N.P.P.
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, M.A., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Judith A. Zink, M.A.

Vanderbilt University REDCap Team

Paul Harris, Ph.D.
Sudah Kashyap, B.E.
Brenda Minor
Jon Scherdin, M.A.
Rob Taylor, M.A.
Janey Wang, M.S.

Índice

Números de páginas em negrito referem-se a tabelas.

Abstinência de álcool, 499–501
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 500
  características diagnósticas, 500
  comorbidade, 501
  consequências funcionais da, 501
  critérios diagnósticos, 499–500
  desenvolvimento e curso, 501
  diagnóstico diferencial, 501
  especificadores, 500
  fatores de risco e prognóstico, 501
  marcadores diagnósticos, 501
  prevalência, 501
Abstinência de cafeína, 506–508
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 507
  características diagnósticas, 506–507
  comorbidade, 508
  consequências funcionais da, 508
  critérios diagnósticos, 506
  desenvolvimento e curso, 507
  diagnóstico diferencial, 508
  fatores de risco e prognóstico, 507–508
  prevalência, 507
  questões diagnósticas relativas à cultura, 508
Abstinência de *Cannabis*, 517–519
  características diagnósticas, 518
  critérios diagnósticos, 517–518
  desenvolvimento e curso, 518
  diagnóstico diferencial, 519
  fatores de risco e prognóstico, 519
Abstinência de estimulantes, 484, 569–570
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 570
  critérios diagnósticos, 569
  diagnóstico diferencial, 570
Abstinência de opioides, 484, 547–549
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 549
  características diagnósticas, 548
  critérios diagnósticos, 547–548
  desenvolvimento e curso, 549
  diagnóstico diferencial, 549
  prevalência, 549
Abstinência de outra substância (ou substância desconhecida), 583–585
  características diagnósticas, 583–584
  comorbidade, 584–585
  consequências funcionais da, 584–585
  critérios diagnósticos, 583–584
  desenvolvimento e curso, 583–584
  diagnóstico diferencial, 584–585
  prevalência, 583–584
  questões diagnósticas relativas à cultura, 583–584
Abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 484, 557–560
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 559
  características diagnósticas, 558
  critérios diagnósticos, 557–558
  diagnóstico diferencial, 559–560
  marcadores diagnósticos, 559
  prevalência, 559
Abstinência de substância, 481, 485–487
  achados laboratoriais associados, 486–487
  álcool, 499–501
  cafeína, 506–508
  Cannabis, 517–519
  delirium devido a, 598
  desenvolvimento e curso, 487
  duração dos efeitos, 486
  estimulantes, 484, 569–570
  múltiplas substâncias, 486
  opioides, 484, 547–549
  outra substância (ou substância desconhecida), 583–585
  procedimentos de registro, 487
  sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 484, 557–560
  tabaco, 484, 575–576
  via de administração e velocidade dos efeitos da substância, 486
Abstinência de tabaco, 484, 575–576
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 575
  características diagnósticas, 575
  consequências funcionais da, 576
  critérios diagnósticos, 575

desenvolvimento e curso, 576
diagnóstico diferencial, 576
fatores de risco e prognóstico, 576
marcadores diagnósticos, 576
prevalência, 576
Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, 721–722
Abuso e negligência, 22, 717–722
problemas de maus-tratos e negligência de adultos, 720–722
problemas de maus-tratos e negligência infantil, 717–719
Abuso físico
cônjuge ou parceiro, 720
infantil, 717–718
não cônjuge ou não parceiro, 722
Abuso psicológico
abuso de cônjuge ou parceiro, 721–722
infantil, 719
não cônjuge ou não parceiro, 722
Abuso sexual
cônjuge ou parceiro, 720
infantil, 718
não cônjuge ou não parceiro, 722
Acatisia, induzida por medicamentos, 22
aguda, 711–712
tardia, 712–713
Acesso a atendimento médico ou outro atendimento de saúde, problemas relacionados a, 726
Acidente vascular cerebral, 46, 73, 117
transtorno bipolar e, 146, 147
transtornos depressivos e, 164, 167, 181–182
Adição. *Ver* Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos
Agorafobia, 190, 217–222
características associadas que apoiam o diagnóstico, 219–220
características diagnósticas, 218–220
comorbidade, 221–222
consequências funcionais da, 220–221
critérios diagnósticos, 217–219
desenvolvimento e curso, 219–221
diagnóstico diferencial, 220–222
fatores de risco e prognóstico, 220–221
prevalência, 219–220
questões diagnósticas relativas ao gênero, 220–221
Alucinações, 87–88
auditivas, 87, 103, 116, 122
gustativas, 116
hipnagógicas, 87
hipnopômpicas, 88
olfativas, 116, 118
tátil, 116
visual, 102, 103, 104, 116, 118
Âmbito forense, 25
American Psychiatric Association (APA), 5–7
Amnésia dissociativa, 291, 298–302
características associadas que apoiam o diagnóstico, 299
características diagnósticas, 298–299
comorbidade, 302
consequências funcionais, 300
critérios diagnósticos, 298
desenvolvimento e curso, 299
diagnóstico diferencial, 300–302
fatores de risco e prognóstico, 299–300
prevalência, 299
questões diagnósticas relativas à cultura, 300
risco de suicídio, 300
Anorexia nervosa, 329, 338–345
atípica, 353–354
características associadas que apoiam o diagnóstico, 341
características diagnósticas, 339–340
comorbidade, 344–345
consequências funcionais da, 343
critérios diagnósticos, 338–339
desenvolvimento e curso, 341–342
diagnóstico diferencial, 344
fatores de risco e prognóstico, 342
marcadores diagnósticos, 342–343
prevalência, 341
questões diagnósticas relativas à cultura, 342
risco de suicídio, 343
subtipos, 339
APA (American Psychiatric Association), 5–7
Apneia central do sono, 383–387
características associadas que apoiam o diagnóstico, 385–386
características diagnósticas, 384–386
comorbidade, 386–387
consequências funcionais da, 386–387
critérios diagnósticos, 383–385
desenvolvimento e curso, 385–386
diagnóstico diferencial, 386–387
especificadores, 384–385
fatores de risco e prognóstico, 385–386
marcadores diagnósticos, 385–386
prevalência, 385–386
subtipos, 384–385
Apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 378–384
características associadas que apoiam o diagnóstico, 379–380
características diagnósticas, 379–380
comorbidade, 383–384
consequências funcionais da, 381–382
critérios diagnósticos, 378–379
desenvolvimento e curso, 379–381

diagnóstico diferencial, 381–384
especificadores, 378–380
fatores de risco e prognóstico, 380–382
marcadores diagnósticos, 381–382
prevalência, 379–380
questões diagnósticas relativas à cultura, 381–382
questões diagnósticas relativas ao gênero, 381–382
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 383–384
Aprimoramentos *online*, 17
Arrancar o cabelo. *Ver* Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
Ataque de nervios, 14, 211–213, 233–234, 833
Ataque de pânico, 189, 190, 208–209, 214–218
características, 214–216
características associadas, 215–216
comorbidade, 217–218
consequências funcionais do, 217–218
desenvolvimento e curso, 215–217
diagnóstico diferencial, 217–218
em idosos, 210–212, 215–217
especificador de, 214–218
esperado vs. inesperado, 215–216
fatores de risco e prognóstico, 216–217
marcadores diagnósticos, 216–217
noturno, 209, 215–216
prevalência, 215–216
questões diagnósticas relativas à cultura, 216–217
questões diagnósticas relativas ao gênero, 216–217
risco de suicídio e, 215–216
sintomas, 214–215
Atraso global do desenvolvimento, 31, 41
Autolesão não suicida, 803–805
características diagnósticas, 804
consequências funcionais da, 805
critérios propostos, 803
desenvolvimento e curso, 804
diagnóstico diferencial, 805–806
fatores de risco e prognóstico, 804

Bulimia nervosa, 329, 345–350
características associadas que apoiam o diagnóstico, 347
características diagnósticas, 345–347
comorbidade, 349–350
consequências funcionais da, 349
critérios diagnósticos, 345
de baixa frequência e/ou duração limitada, 353–354
desenvolvimento e curso, 347–348
diagnóstico diferencial, 349
fatores de risco e prognóstico, 348
marcadores diagnósticos, 348
prevalência, 347
questões diagnósticas relativas à cultura, 348
questões diagnósticas relativas ao gênero, 348
risco de suicídio, 349

Catatonia, 89, 119–121
associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia), 119–120
características diagnósticas, 120
critérios diagnósticos, 119–120
não especificada, 89, 121
CID. *Ver Classificação internacional de doenças*
CIDS-2. *Ver Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 2ª edição
CIF (*Classificação internacional de funcionamento, incapacidade e saúde*), 21, 734
Ciúme obsessivo, 264
Classificação internacional de doenças (CID), 21
processo de revisão para a CID-11, 6, 10, 11–12
utilização dos códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC, 12, 16–17, 22–24, 29
Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (CIF), 21, 734
Classificação internacional dos distúrbios do sono, 2ª edição (CIDS-2), relação do DSM-5 com a, 361–362
apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 383–384
hipoventilação relacionada ao sono, 390–391
narcolepsia, 378–379
síndrome das pernas inquietas, 413–414
transtorno comportamental do sono REM, 410–411
transtorno de hipersonolência, 372–373
transtorno de insônia, 368
transtorno do pesadelo, 407–408
transtorno do sono induzido por substância/medicamento, 420–421
transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, 398–399
Cleptomania, 461, 478–480
características associadas que apoiam o diagnóstico, 478–479
características diagnósticas, 478–479
comorbidade, 478–479
consequências funcionais da, 478–479
critérios diagnósticos, 478–479
desenvolvimento e curso, 478–479
diagnóstico diferencial, 478–479
fatores de risco e prognóstico, 478–479
prevalência, 478–479
Comorbidade, 5
Compulsões, 235–236, 239. *Ver também* Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados

Conceitos culturais de sofrimento, 750, 758, 759, 833–837
Condições para estudos posteriores, 7, 11, 24, 783–806
  autolesão não suicida, 803–805
  episódios depressivos com hipomania de curta duração, 786–789
  síndrome de psicose atenuada, 783–786
  transtorno do comportamento suicida, 801–803
  transtorno do jogo pela Internet, 795–798
  transtorno do luto complexo persistente, 789–792
  transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool, 798–801
  transtorno por uso de cafeína, 792–795
Corpos de Lewy, transtorno neurocognitivo maior ou leve com, 591, 602–603, 618–621
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 619
  características diagnósticas, 619
  comorbidade, 621
  consequências funcionais do, 620
  critérios diagnósticos, 618–619
  desenvolvimento e curso, 619–620
  diagnóstico diferencial, 620
  fatores de risco e prognóstico, 620
  marcadores diagnósticos, 620
  prevalência, 619
Crimes ou interação com o sistema legal, problemas relacionados a, 725
Critério para relevância clínica, 21
Critérios diagnósticos, 21, 29
  critérios propostos para condições para estudos posteriores, 11, 783
  formulação de caso e, 19
  revisão de, 6–10
  subtipos e especificadores, 21–22
  validadores, 5, 9, 11, 12, 20

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), 31, 33–41
  atraso global do desenvolvimento, 31, 41
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 38
  características diagnósticas, 37–38
  codificação e registro, 33
  comorbidade, 40
  critérios diagnósticos, 33
  deficiência intelectual não especificada, 41
  desenvolvimento e curso, 38–39
  diagnóstico diferencial, 39–40
  especificadores do nível de gravidade, 33, 34–36
  fatores de risco e prognóstico, 39
  marcadores diagnósticos, 39
  prevalência, 38
  questões diagnósticas relativas à cultura, 39
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 39
  relação com outras classificações, 40–41
Definição de um transtorno mental, 20
Delírio, 87, 89, 90–93
  bizarro, 87, 91
  ciumento, 90, 91
  com episódios significativos de humor sobrepostos, 122
  de controle, 87
  de referência, 87
  erotomaníacos, 87, 90
  grandioso, 87, 90
  não bizarro, 87
  niilista, 87
  persecutório, 87, 90–91
  somático, 87, 90, 92
  tipo misto, 91
  tipo não especificado, 91
Delirium, 591, 596–602
  abstinência de substância, 597–599
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 599–600
  características diagnósticas, 598–600
  consequências funcionais do, 600–601
  critérios diagnósticos, 596–598
  desenvolvimento e curso, 599–601
  devido a múltiplas etiologias, 597
  devido a outra condição médica, 597
  diagnóstico diferencial, 600–601
  especificado, outro, 601–602
  especificadores, 598–599
  fatores de risco e prognóstico, 600–601
  induzido por medicamento, 597–599
  intoxicação por substância, 596–598
  marcadores diagnósticos, 600–601
  não especificado, 601–602
  prevalência, 599–600
  procedimentos de registro, 598–599
Delirium devido a abstinência de substância, 597–599
Delirium induzido por medicamento, 597–599
Delirium por intoxicação por substância, 596–598
Demência, 591. *Ver também* Transtornos neurocognitivos
Depressão breve recorrente, 183
Desorganização do pensamento (discurso), 88
Diagnóstico, 5–6
  abordagem dimensional ao, 5, 8, 9, 12–13, 17
  categórico, 5, 8, 12, 13, 19, 20
  critério para relevância clínica, 21
  critérios diagnósticos e descritores, 21
  cultura e, 14–16, 749–759
  de outras condições que podem ser alvo de atenção clínica, 20, 22, 29, 715–727
  de transtornos do movimento induzidos por medicamento, 20, 22, 29, 709–714
  definição de um transtorno mental, 20
  elementos de um, 21–24

medidas de avaliação e monitoramento, 23–24, 733–748
no âmbito forense, 25
principal, 22–24
procedimentos de codificação e registro, 12, 16–17, 22–24, 29
provisório, 23–24
utilidade clínica, 20
Diferença de gênero, 15–16
Discinesia tardia, 22, 712–713
Disforia de gênero, 451–460
características associadas que apoiam o diagnóstico, 454–455
características diagnósticas, 453–455
comorbidade, 459–460
consequências funcionais da, 457–459
critérios diagnósticos, 452–454
desenvolvimento e curso, 454–457
em associação com um transtorno de desenvolvimento sexual, 456–457
sem um transtorno de desenvolvimento sexual, 455–457
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 814–815
diagnóstico diferencial, 459
especificada, outra 460
especificadores, 453–454
fatores de risco e prognóstico, 456–458
marcadores diagnósticos, 457–458
não especificado, 460
prevalência, 454–455
questões diagnósticas relativas à cultura, 457–458
Disfunção sexual induzida por substância, 423, 446–450
características associadas que apoiam o diagnóstico, 448–450
características diagnósticas, 448–449
consequências funcionais da, 450
critérios diagnósticos, 446–448
desenvolvimento e curso, 449–450
diagnóstico diferencial, 450
prevalência, 449–450
procedimentos de registro, 447–449
questões diagnósticas relativas à cultura, 449–450
questões diagnósticas relativas ao gênero, 449–450
Disfunções sexuais, 423–450
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 814
disfunção sexual induzida por substância, 423, 446–450
disfunção sexual não especificada, 423, 450
ejaculação prematura (precoce), 423, 443–447
ejaculação retardada, 423, 424–426
outra disfunção sexual especificada, 423, 450
subtipos, 423
transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, 423, 437–441
transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, 423, 440–444
transtorno do interesse/excitação sexual feminino, 423, 433–437
transtorno do orgasmo feminino, 423, 429–432
transtorno erétil, 423, 426–429
Dismorfia muscular, 236, 243, 245
Distimia. *Ver* Transtorno depressivo persistente (distimia)
Distonia, induzida por medicamentos, 22
aguda, 711–712
tardia, 712–713
Doença de Alzheimer, transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à, 591, 602–603, 611–614
características associadas que apoiam o diagnóstico, 612
características diagnósticas, 612
comorbidade, 613–614
consequências funcionais do, 613–614
critérios diagnósticos, 611–612
desenvolvimento e curso, 612–613
diagnóstico diferencial, 613–614
fatores de risco e prognóstico, 613
marcadores diagnósticos, 613
prevalência, 612
questões diagnósticas relativas à cultura, 613
Doença de Creutzfeldt-Jakob. *Ver* Doença do príon, transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à
Doença de Huntington, 81–82, 117, 181, 182
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à, 591, 603–604, 638–641
características associadas que apoiam o diagnóstico, 639
características diagnósticas, 639
consequências funcionais da, 640
critérios diagnósticos, 638–639
desenvolvimento e curso, 639–640
diagnóstico diferencial, 640–641
fatores de risco e prognóstico, 640
marcadores diagnósticos, 640
prevalência, 639
Doença de Parkinson
do sono-vigília e, 372–373, 383–384, 395–396, 413–414, 421–422
transtorno comportamental do sono REM, 361, 408–411
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à, 591, 603–604, 636–638
características associadas que apoiam o diagnóstico, 637
características diagnósticas, 637
comorbidade, 638

critérios diagnósticos, 636–637
desenvolvimento e curso, 637
diagnóstico diferencial, 638
fatores de risco e prognóstico, 637
marcadores diagnósticos, 637–638
prevalência, 637
transtornos de ansiedade e, 203, 205–207, 218–219, 221–222
transtornos depressivos e, 181, 182
Doença do príon, transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à, 591, 603–604, 633–636
características diagnósticas, 635
critérios diagnósticos, 633–635
desenvolvimento e curso, 635
diagnóstico diferencial, 636
fatores de risco e prognóstico, 636
marcadores diagnósticos, 636
prevalência, 635
DSM, história do, 5, 6
DSM-5
aprimoramentos *online*, 17
considerações sobre o desenvolvimento e o ciclo vital, 13
destaques das modificações do DSM-IV para o, 809–817
disforia de gênero, 814–815
disfunções sexuais, 814
espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, 810
transtorno bipolar e transtornos relacionados, 810
transtorno do neurodesenvolvimento, 809–810
transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, 811–812
transtornos alimentares, 813
transtornos da eliminação, 813
transtornos da personalidade, 816
transtornos de ansiedade, 811
transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, 812–813
transtornos depressivos, 810–811
transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 815
transtornos dissociativos, 812
transtornos do sono-vigília, 814
transtornos parafílicos, 816
transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, 815–816
transtornos relacionados a traumas e estressores, 812
diferenças de gênero, 15–16
estrutura organizacional, 10–11, 13
glossário de termos técnicos, 817–831
harmonização com a CID-11, 11–12
outro transtorno mental especificado ou não especificado, 15–17, 19–20, 707–708
processo de revisão do, 5, 6–10
propostas para revisões, 7
revisão especializada, 8–10
revisão pública e profissional, 8
testes de campo do, 7–8
questões culturais, 14–16, 749–759
sistema multiaxial, 16–17
utilização do, 19–24
definição de um transtorno mental, 20–21
elementos de um diagnóstico, 21–24
ferramentas de avaliação e monitoramento, 23–24, 733–748
formulação de caso, 19–20
procedimentos de codificação e registro, 12, 16–17, 22–24, 29
utilização forense do, 25

Educação familiar, problemas relacionados à, 715–716
EFC. *Ver* Entrevista de Formulação Cultural
Ejaculação prematura (precoce), 423, 443–447
características associadas que apoiam o diagnóstico, 444–445
características diagnósticas, 444–445
comorbidade, 446–447
consequências funcionais da, 445–446
critérios diagnósticos, 443–445
desenvolvimento e curso, 444–446
diagnóstico diferencial, 445–447
fatores de risco e prognóstico, 445–446
marcadores diagnósticos, 445–446
prevalência, 444–445
questões diagnósticas relativas à cultura, 445–446
questões diagnósticas relativas ao gênero, 445–446
Ejaculação retardada, 423, 424–426
características associadas que apoiam o diagnóstico, 424–425
características diagnósticas, 424
comorbidade, 426
consequências funcionais da, 425
critérios diagnósticos, 424
desenvolvimento e curso, 425
diagnóstico diferencial, 425–426
fatores de risco e prognóstico, 425
prevalência, 425
questões diagnósticas relativas à cultura, 425
Elementos de um diagnóstico, 21–24
Encoprese, 355, 357–360
características associadas que apoiam o diagnóstico, 358–359
características diagnósticas, 358–359
comorbidade, 359–360
critérios diagnósticos, 357–359
desenvolvimento e curso, 359–360
diagnóstico diferencial, 359–360
fatores de risco e prognóstico, 359–360

marcadores diagnósticos, 359–360
prevalência, 359–360
subtipos, 358–359
ENFP (Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade), 772, 775–778
Entrevista de Formulação Cultural (EFC), 17, 24, 749, 750–757
domínios de avaliação, 751
indicações para a, 751
módulos suplementares, 751
Versão do Informante, 755–757
Enurese, 355–358
características associadas que apoiam o diagnóstico, 356
características diagnósticas, 355–356
comorbidade, 356
consequências funcionais da, 356
critérios diagnósticos, 355
desenvolvimento e curso, 356
diagnóstico diferencial, 356
fatores de risco e prognóstico, 356
prevalência, 356
questões diagnósticas relativas à cultura, 356
questões diagnósticas relativas ao gênero, 356
subtipos, 355
Episódio depressivo maior em transtorno bipolar e transtornos relacionados
outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 148
transtorno bipolar tipo I, 125–126, 129
transtorno bipolar tipo II, 133–134, 135–136
Episódio maníaco
em transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, 146
em transtorno bipolar tipo I, 124, 127–129
Episódio ou sintomas hipomaníacos em transtorno bipolar e transtornos relacionados
episódios depressivos com hipomania de curta duração, 786–789
outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 148
transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, 146
transtorno bipolar tipo I, 124–125, 129
transtorno bipolar tipo II, 132–133, 135–136
transtorno ciclotímico, 139–140
Episódios depressivos com hipomania de curta duração, 786–789
características associadas que apoiam o diagnóstico, 788
características diagnósticas, 788
comorbidade, 789
consequências funcionais dos, 788
critérios propostos, 786–787
diagnóstico diferencial, 788–789
fatores de risco e prognóstico, 788
prevalência, 788
risco de suicídio, 788
Episódios ou sintomas depressivos em transtorno bipolar e transtornos relacionados
outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 148
transtorno bipolar tipo I, 125–126, 129
transtorno bipolar tipo II, 133–134, 135–136
transtorno ciclotímico, 139, 140
Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS), 16–17, 21, 734, 745–748
escore adicional e orientação para interpretação para usuários do DSM-5, 745–746
frequência de uso, 746
instruções para pontuação da WHODAS fornecidas pela OMS, 745
Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF), 16–17
Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP), 772, 775–778
Escala GAF (Avaliação Global do Funcionamento), 16–17
Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5, 734–736
pontuação e interpretação, 734–736
versão autoaplicável para adultos, 734, 735, 738–739
versão para pais/responsáveis, 734, 736, 740–741
Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5, 734, 735, 736, 737
Escalas de gravidade, 733, 742
frequência de uso, 742
Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose avaliada pelo Clínico, 742–744
pontuação e interpretação, 742
Escalas tranversais de sintomas, 733–741
Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5, 734–736, 738–741
Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5, 734, 735, 736, 737
frequência de uso das, 737
Especificadores, 21–22
Especificadores para transtorno bipolar e transtornos relacionados, 149–154
Especificadores para transtornos depressivos, 184–188
Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, 87–122
avaliação de sintomas classificados pelo clínico e fenômenos clínicos relacionados em psicoses, 89–90
características essenciais dos, 87–88
alucinações, 87–88
comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal, 88

delírios, 87
desorganização do pensamento (discurso), 88
sintomas negativos, 88
catatonia, 88, 89, 119–121
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 810
esquizofrenia, 87, 99–105
outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado, 122
transtorno (da personalidade) esquizotípico, 87, 89, 90
transtorno delirante, 89, 90–93
transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado, 122
transtorno esquizoafetivo, 89–90, 105–110
transtorno esquizofreniforme, 89, 96–99
transtorno psicótico breve, 89, 94–96
transtorno psicótico devido a outra condição médica, 89, 115–118
transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, 89, 110–115
Espectros diagnósticos, 6, 9, 12
Esquizofrenia, 87, 99–105
características associadas que apoiam o diagnóstico, 101–102
características diagnósticas, 87–88, 100–101
com catatonia, 88, 100
comorbidade, 105
consequências funcionais da, 104
desenvolvimento e curso, 102–103
diagnóstico diferencial, 104–105
fatores de risco e prognóstico, 103
prevalência, 102
questões diagnósticas relativas à cultura, 103
questões diagnósticas relativas ao gênero, 103–104
risco de suicídio, 104
Estupor ou coma dissociativo, 292
Explicações culturais ou causas percebidas, 14, 758

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 309, 310, 322–325
características diagnósticas, 322–324
comorbidade, 324–325
consequências funcionais dos, 323–324
critérios diagnósticos, 322–323
desenvolvimento e curso, 323–324
diagnóstico diferencial, 323–325
prevalência, 323–324
questões diagnósticas relativas à cultura, 323–324
Fobia específica, 189–190, 197–202
características associadas que apoiam o diagnóstico, 199
características diagnósticas, 198–199
comorbidade, 202
consequências funcionais do, 201
critérios diagnósticos, 197–198
desenvolvimento e curso, 199–200
diagnóstico diferencial, 201–202
especificadores, 198
fatores de risco e prognóstico, 200
prevalência, 199
questões diagnósticas relativas à cultura, 201
risco de suicídio, 201
Formulação clínica de caso, 19–20
cultural, 749–759 *Ver também* Formulação cultural
Formulação cultural, 749–759
definições relativas à, 749
importância diagnóstica da, 758–759
plano de, 749–750
relação com a nosologia do DSM-5, 758

Gagueira. *Ver* Transtorno na fluência da fala com início na infância (gagueira)
Glossário de termos técnicos, 817–831
Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose avaliada pelo Clínico, 742–744

Hipocondria, 310, 315–319. *Ver também* Transtorno de ansiedade de doença
Hipoventilação relacionada ao sono, 387–391
características associadas que apoiam o diagnóstico, 387–389
comorbidade, 389–391
consequências funcionais da, 389–390
critérios diagnósticos, 387–388
desenvolvimento e curso, 388–389
diagnóstico diferencial, 389–390
fatores de risco e prognóstico, 388–389
marcadores diagnósticos, 389–390
prevalência, 388–389
questões diagnósticas relativas ao gênero, 389–390
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 390–391
subtipos, 387–388

Idioma cultural de sofrimento, 14, 758
Infecção por HIV, transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à, 591, **603–604,** 631–634
características associadas que apoiam o diagnóstico, 632–633
características diagnósticas, 631–632
comorbidade, 633–634
consequências funcionais do, 633–634
critérios diagnósticos, 631–632
desenvolvimento e curso, 632–633
diagnóstico diferencial, 633–634
fatores de risco e prognóstico, 632–633
marcadores diagnósticos, 633–634
prevalência, 632–633

Intoxicação, 481, 485–487
achados laboratoriais associados, 486–487
álcool, 497–499
associada ao uso de múltiplas substâncias, 486
cafeína, 503–506
Cannabis, 516–517
delirium por, 598
desenvolvimento e curso, 487
duração dos efeitos, 486
estimulantes, 567–569
fenciclidina, 527–529
inalantes, 538–541
opioides, 546–547
outra substância (ou substância desconhecida), 581–582
outros alucinógenos, 529–530
procedimentos de registro para, 487
sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 556–557
via de administração e velocidade dos efeitos da substância, 486
Intoxicação por álcool, 497–499
características associadas que apoiam o diagnóstico, 497–499
características diagnósticas, 497
comorbidade, 499
consequências funcionais da, 499
critérios diagnósticos, 497
desenvolvimento e curso, 498–499
diagnóstico diferencial, 499
fatores de risco e prognóstico, 498–499
marcadores diagnósticos, 499
prevalência, 498–499
questões diagnósticas relativas à cultura, 498–499
questões diagnósticas relativas ao gênero, 498–499
Intoxicação por cafeína, 503–506
características associadas que apoiam o diagnóstico, 504
características diagnósticas, 504
comorbidade, 506
consequências funcionais da, 505
critérios diagnósticos, 503–504
desenvolvimento e curso, 505
diagnóstico diferencial, 505
fatores de risco e prognóstico, 505
prevalência, 505
Intoxicação por *Cannabis*, 516–517
características diagnósticas, 516–517
consequências funcionais da, 517
critérios diagnósticos, 516
diagnóstico diferencial, 517
especificadores, 516
prevalência, 517
Intoxicação por estimulantes, 567–569
características associadas que apoiam o diagnóstico, 568
características diagnósticas, 568
critérios diagnósticos, 567–568
diagnóstico diferencial, 568–569
Intoxicação por fenciclidina, 527–529
características diagnósticas, 528
consequências funcionais da, 528
critérios diagnósticos, 527–528
diagnóstico diferencial, 528–529
marcadores diagnósticos, 528
prevalência, 528
Intoxicação por inalantes, 538–541
características associadas que apoiam o diagnóstico, 539–540
características diagnósticas, 538–539
consequências funcionais da, 539–540
critérios diagnósticos, 538–539
diagnóstico diferencial, 539–541
prevalência, 539–540
questões diagnósticas relativas ao gênero, 539–540
Intoxicação por opioides, 546–547
características diagnósticas, 547
critérios diagnósticos, 546–547
diagnóstico diferencial, 547
especificadores, 547
Intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), 581–582
características diagnósticas, 581
comorbidade, 582
consequências funcionais da, 582
critérios diagnósticos, 581
desenvolvimento e curso, 581–582
diagnóstico diferencial, 582
prevalência, 581
Intoxicação por outros alucinógenos, 529–530
características diagnósticas, 529
consequências funcionais da, 530
critérios diagnósticos, 529
diagnóstico diferencial, 530
prevalência, 530
risco de suicídio, 530
Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 556–557
características associadas que apoiam o diagnóstico, 557
características diagnósticas, 556–557
critérios diagnósticos, 556
diagnóstico diferencial, 557
prevalência, 557

Jikoshu-kyofu, 264

Khyâl cap, 211–213, 233–234, 834
Koro, 264
Kufungisisa, 14, 834–836

Lesão cerebral traumática
  amnésia dissociativa e, 298, 299, 301
  classificações da gravidade de, 625, **625–626**
  transtorno bipolar e, 146
  transtorno de acumulação, 247, 250
  transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a, 591, **602–603,** 624–627, **625–626**
    características associadas que apoiam o diagnóstico, 625
    características diagnósticas, 625
    comorbidade, 626–627
    consequências funcionais da, 626–627
    critérios diagnósticos, 624
    desenvolvimento e curso, 625–626
    diagnóstico diferencial, 626–627
    especificadores, 625
    fatores de risco e prognóstico, 625–627
    marcadores diagnósticos, 626–627
    prevalência, 625
  transtornos depressivos e, 181
  transtornos do neurodesenvolvimento e, 38, 39, 44, 73
  transtornos psicóticos e, 99, 117
  transtornos relacionados a traumas e estressores e, 280, 281, 284–287
Luto, 125–126, 134, 155, 161, 194
  complexo persistente, 289–290, 789–792

Maladi moun, 14, 835–836
Medidas de avaliação, 23–24, 733–748
  Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (WHODAS), 16–17, 21, 734, 745–748
  escalas de gravidade, 733, 742
    frequência de uso, 742
    gravidade das dimensões de sintomas de psicose avaliada pelo clínico, 742–744
    pontuação e interpretação, 742
  escalas transversais de sintomas, 733–741
    Escala Transversal de Sintomas de Nível 1, 734–736, 738–741
    Escala Transversal de Sintomas de Nível 2, 734, 735, 736, 737
    frequência de uso das, 737
Mudança de personalidade devido a outra condição médica, 645, 682–684
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 683
  características diagnósticas, 683
  critérios diagnósticos, 682
  diagnóstico diferencial, 683–684
  subtipos, 683
Mutismo seletivo, 189, 195–197
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 195–196
  características diagnósticas, 195
  comorbidade, 197
  consequências funcionais do, 196–197
  critérios diagnósticos, 195
  desenvolvimento e curso, 196
  diagnóstico diferencial, 197
  fatores de risco e prognóstico, 196
  prevalência, 196
  questões diagnósticas relativas à cultura, 196

Não adesão a tratamento médico, 22, 726–727
Narcolepsia, 361, 372–379
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 374–376
  características diagnósticas, 374–375
  comorbidade, 377–379
  consequências funcionais da, 376–377
  critérios diagnósticos, 372–374
  desenvolvimento e curso, 375–376
  diagnóstico diferencial, 376–378
  fatores de risco e prognóstico, 375–377
  marcadores diagnósticos, 376–377
  prevalência, 375–376
  questões diagnósticas relativas à cultura, 376–377
  relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 378–379
  subtipos, 373–375
Negligência
  cônjuge ou parceiro, 721
  infantil, 718–719
Nervios, 835–836

Obesidade, 22
  do sono-vigília e, 413–414
    apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 379–383
    hipersonolência, 372–378
    hipoventilação relacionada ao sono, 387–390
  transtornos alimentares e, 329, 344, 348, 351–354
Organização Mundial da Saúde (OMS), 6, 23–24
  Classificação internacional de doenças (CID), 21
    processo de revisão para a CID-11, 6, 10, 11–12
    utilização dos códigos da CID-9-MC e da CID-10-MC, 12, 16–17, 22–24, 29
  Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), 21, 734
Outras circunstâncias da história pessoal, 726
Outras condições que podem ser foco da atenção clínica, 20, 22, 29, 715–727
  abuso e negligência, 717–722
    problemas de maus-tratos e negligência de adultos, 720–722
    problemas de maus-tratos e negligência infantil, 717–719

não adesão a tratamento médico, 726–727
outras circunstâncias da história pessoal, 726
outras consultas de serviços de saúde para aconselhamento e opinião médica, 725
outros problemas relacionados ao ambiente social, 724–725
problemas de moradia e econômicos, 723–724
problemas de relacionamento, 715–717
outros problemas relacionados a grupo de apoio primário, 716–717
problemas relacionados à educação familiar, 715–716
problemas educacionais ou profissionais, 723
problemas relacionados a acesso ao atendimento médico ou outro atendimento de saúde, 726
problemas relacionados a crimes ou interação com o sistema legal, 725
problemas relacionados a outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais, 725
Outras consultas de serviços de saúde para aconselhamento e opinião médica, 725
Outro transtorno mental especificado, 15–17, 19, 708
devido a outra condição médica, 707
Outros problemas relacionados a grupo de apoio primário, 716–717
Outros problemas relacionados ao ambiente social, 724–725
Outros transtornos mentais, 707–708
outro transtorno mental especificado, 15–17, 19, 708
outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica, 707
transtorno mental não especificado, 15–17, 19–20, 708
transtorno mental não especificado devido a outra condição médica, 708

Parassonias, 361, 399–411
transtorno comportamental do sono REM, 361, 407–411
transtorno de despertar do sono não REM, 361, 399–405
transtorno do pesadelo, 361, 404–408
Parkinsonismo
induzido por neuroléptico, 709
induzido por outro medicamento, 709
Perturbação da identidade devido a persuasão coercitiva prolongada e intensa, 306
Pica, 329–331
características associadas que apoiam o diagnóstico, 330
características diagnósticas, 330
comorbidade, 331
consequências funcionais da, 331
critérios diagnósticos, 329–330
desenvolvimento e curso, 330
diagnóstico diferencial, 331
fatores de risco e prognóstico, 330
marcadores diagnósticos, 331
prevalência, 330
questões diagnósticas relativas à cultura, 331
questões diagnósticas relativas ao gênero, 331
Piromania, 461, 476–478
características associadas que apoiam o diagnóstico, 476–478
características diagnósticas, 476–477
comorbidade, 477–478
critérios diagnósticos, 476–477
desenvolvimento e curso, 477–478
diagnóstico diferencial, 477–478
prevalência, 477–478
questões diagnósticas relativas ao gênero, 477–478
Problemas de maus-tratos e negligência de adultos, 720–722
abuso de adulto por não cônjuge ou não parceiro, 722
abuso psicológico de cônjuge ou parceiro, 721–722
negligência de cônjuge ou parceiro, 721
violência sexual de cônjuge ou parceiro, 720
violência física de cônjuge ou parceiro, 720
Problemas de maus-tratos e negligência infantil, 717–719
abuso físico infantil, 717–718
abuso psicológico infantil, 719
abuso sexual infantil, 718
negligência infantil, 718–719
Problemas de moradia, 723–724
Problemas de relacionamento, 22, 715–717
outros problemas relacionados a grupo de apoio primário, 716–717
problemas relacionados à educação familiar, 715–716
Problemas econômicos, 724
Problemas educacionais, 723
Problemas profissionais, 723
Problemas relacionados a acesso a atendimento médico ou outro atendimento de saúde, 726
Problemas relacionados a crimes ou interação com o sistema legal, 725
Problemas relacionados à educação familiar, 715–716
Problemas relacionados a outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais, 725
Procedimentos de codificação e registro, 12, 16–17, 22–24, 29
Pseudociese, 310, 327–328

Questões culturais, 14–16, 749–759
em disforia de gênero, 457–458
em disfunções sexuais, 423
disfunção sexual induzida por substância, 449–450
ejaculação prematura (precoce), 445–446

ejaculação retardada, 425
transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, 439–440
transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, 442–443
transtorno do interesse/excitação sexual feminino, 435–436
transtorno do orgasmo feminino, 432
transtorno erétil, 428
em enurese, 357–358
em espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
esquizofrenia, 103
transtorno delirante, 93
transtorno esquizoafetivo, 108–109
transtorno psicótico breve, 95
em sono-vigília
apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 381–382
narcolepsia, 376–377
transtorno do pesadelo, 406–407
transtorno do sono induzido por substância/medicamento, 418–419
transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo fase do sono avançada, 394–395
em transtorno bipolar e transtornos relacionados
transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, 147
transtorno bipolar tipo I, 130
em transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 323–324
transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), 320–321
transtorno de ansiedade de doença, 317–318
transtorno de sintomas somáticos, 313–314
em transtorno do comportamento suicida, 802
em transtorno fetichista, 701–702
em transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados
transtorno de acumulação, 250
transtorno dismórfico corporal, 245
transtorno obsessivo-compulsivo, 240
tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), 253
em transtornos alimentares
anorexia nervosa, 342
bulimia nervosa, 348
pica, 331
transtorno alimentar restritivo/evitativo, 336
transtorno de compulsão alimentar, 352–353
em transtornos da personalidade, 648
transtorno da personalidade antissocial, 662
transtorno da personalidade *borderline*, 665–666
transtorno da personalidade dependente, 677
transtorno da personalidade esquizoide, 654
transtorno da personalidade esquizotípica, 657
transtorno da personalidade evitativa, 674
transtorno da personalidade histriônica, 668
transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 681
transtorno da personalidade paranoide, 651
em transtornos de ansiedade
ataque de pânico, 216–217
fobia específica, 201
mutismo seletivo, 196
transtorno de ansiedade de separação, 193–194
transtorno de ansiedade generalizada, 224–225
transtorno de ansiedade social (fobia social), 205–206
transtorno de pânico, 211–213
em transtornos depressivos
transtorno depressivo maior, 166
transtorno disfórico pré-menstrual, 173
em transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta
transtorno da conduta, 474–475
transtorno de oposição desafiante, 465
transtorno explosivo intermitente, 468–469
em transtornos dissociativos
amnésia dissociativa, 300
transtorno de despersonalização/desrealização, 304–305
transtorno dissociativo de identidade, 295
em transtornos do neurodesenvolvimento
deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), 39
transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 62
transtorno do desenvolvimento da coordenação, 76–77
transtorno do espectro autista, 57
transtorno do movimento estereotipado, 79–80
transtorno específico da aprendizagem, 72–73
transtornos de tique, 83–84
em transtornos neurocognitivos, 608–609
devido à doença de Alzheimer, 613
em transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos
abstinência de cafeína, 508
abstinência de outra substância (ou substância desconhecida), 580
intoxicação por álcool, 498–499
transtorno do jogo, 588–589
transtorno por uso de álcool, 495
transtorno por uso de *Cannabis*, 514
transtorno por uso de estimulantes, 565
transtorno por uso de fenciclidina, 522
transtorno por uso de inalantes, 536
transtorno por uso de opioides, 544–545

transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), 580
transtorno por uso de outros alucinógenos, 526
transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 554
transtorno por uso de tabaco, 574
em transtornos relacionados a trauma e estressores
transtorno de apego reativo, 267
transtorno de estresse agudo, 285–286
transtorno de estresse pós-traumático, 278
transtornos de adaptação, 288–289

Reações dissociativas agudas a eventos estressantes, 306–307
Respiração de Cheyne-Stokes, 383–387. *Ver também* Apneia central do sono
Risco de suicídio
amnésia dissociativa e, 300
anorexia nervosa e, 343
ataques de pânico e, 215–216
bulimia nervosa e, 349
episódios depressivos com hipomania de curta duração e, 788
esquizofrenia e, 104
fobia específica e, 201
intoxicação por outros alucinógenos e, 530
transtorno bipolar tipo I e, 131
transtorno bipolar tipo II e, 137–138
transtorno de ansiedade de separação e, 193–194
transtorno de estresse pós-traumático e, 278
transtorno de pânico e, 212–213
transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 182
transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e, 180
transtorno depressivo maior e, 164, 167
transtorno dismórfico corporal, 245
transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 158
transtorno dissociativo de identidade e, 295
transtorno do luto complexo persistente e, 791
transtorno esquizoafetivo e, 109
transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e, 800
transtorno obsessivo-compulsivo e, 240
transtorno por uso de opioides e, 544–545
transtorno psicótico devido a outra condição médica e, 118

Shenjing shuairuo, 835–837
Shubo-kyofu, 264
Síndrome da descontinuação de antidepressivos, 22, 712–714
características diagnósticas, 713–714
comorbidade, 714
desenvolvimento e curso, 713–714
diagnóstico diferencial, 713–714
prevalência, 713–714
Síndrome das pernas inquietas (SPI), 361, 410–414
características associadas que apoiam o diagnóstico, 411–412
características diagnósticas, 411–412
comorbidade, 413–414
consequências funcionais da, 412–414
critérios diagnósticos, 410–411
desenvolvimento e curso, 411–413
diagnóstico diferencial, 413–414
fatores de risco e prognóstico, 412–413
marcadores diagnósticos, 412–413
prevalência, 411–412
questões diagnósticas relativas ao gênero, 412–413
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 413–414
Síndrome de *dhat*, 833–834
Síndrome de Down, 38, 40, 44, 53
Síndrome de psicose atenuada, 122, 783–786
características associadas que apoiam o diagnóstico, 784
características diagnósticas, 783–784
comorbidade, 786
consequências funcionais da, 785
critérios propostos, 783
desenvolvimento e curso, 785
diagnóstico diferencial, 785–786
fatores de risco e prognóstico, 785
prevalência, 784–785
Síndrome de referência olfativa, 246, 264, 837
Síndrome de Rett, 33, 38, 51, 53, 56, 57, 79–81
Síndrome do comer noturno, 354
Síndrome ligada à cultura, 14, 758
Síndrome neuroléptica maligna, 22, 709–712
características diagnósticas, 710
desenvolvimento e curso, 710
diagnóstico diferencial, 711–712
fatores de risco e prognóstico, 711–712
Síndromes culturais, 14, 758
"*Skin picking*". *Ver* Transtorno de escoriação ("*skin-picking*")
Sonambulismo, 399–404. *Ver também* Transtorno de despertar do sono não REM
Sono-Vigília, 361–422
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 814
narcolepsia, 361, 372–379
outro transtorno do sono-vigília especificado, 421–422
parassonias, 399–411
transtorno comportamental do sono REM, 361, 407–411
transtorno do pesadelo, 361, 404–408
transtornos de despertar do sono não REM, 361, 399–405

relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 361–362 (*Ver também* Transtorno específico do sono-vigília)
síndrome das pernas inquietas, 361, 410–414
transtorno de hipersonolência, 361, 368–372–373
especificado, outro, 421–422
não especificado, 421–422
transtorno de insônia, 361, 362–368
especificado, outro, 420–421
não especificado, 420–422
transtorno do sono induzido por substância/medicamento, 413–421
transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, 361, 390–399
tipo fase do sono atrasada, 391–393
tipo fase do sono avançada, 393–395
tipo sono-vigília irregular, 394–397
tipo sono-vigília não de 24 horas, 396–398
tipo trabalho em turnos, 397–399
transtorno do sono-vigília não especificado, 422
transtornos do sono relacionados à respiração, 361, 378–391
apneia central do sono, 383–387
apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 378–384
hipoventilação relacionada ao sono, 387–391
SPI. *Ver* Síndrome das pernas inquietas
Susto, 836–837

Tabagismo. *Ver* Transtornos relacionados ao tabaco
Taijin kyofusho, 205–206, 837
TDAH. *Ver* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
TEPT. *Ver* Transtorno de estresse pós-traumático
Termos técnicos, glossário de, 817–831
Terrores no sono, 399–404. *Ver também* Transtornos de despertar do sono não REM
TNCs. *Ver* Transtornos neurocognitivos
TOC. *Ver* Transtorno obsessivo-compulsivo
Tolerância ao efeito de substâncias, 484
Transe dissociativo, 292, 307
Transtorno alimentar restritivo/evitativo, 329, 334–338
características associadas que apoiam o diagnóstico, 335
características diagnósticas, 334–335
comorbidade, 338
consequências funcionais do, 336
critérios diagnósticos, 334
desenvolvimento e curso, 335–336
diagnóstico diferencial, 336–338
fatores de risco e prognóstico, 336
marcadores diagnósticos, 336
questões diagnósticas relativas à cultura, 336
questões diagnósticas relativas ao gênero, 336
Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, 123, 145–147
características associadas que apoiam o diagnóstico, 146
características diagnósticas, 146
comorbidade, 147
consequências funcionais do, 147
critérios diagnósticos, 145–146
desenvolvimento e curso, 146–147
diagnóstico diferencial, 147
marcadores diagnósticos, 147
questões diagnósticas relativas à cultura, 147
questões diagnósticas relativas ao gênero, 147
Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, 123, 142–145
características associadas que apoiam o diagnóstico, 144–145
características diagnósticas, 144–145
comorbidade, 146
critérios diagnósticos, 142–143
desenvolvimento e curso, 144–145
diagnóstico diferencial, 145
marcadores diagnósticos, 145
prevalência, 144–145
procedimentos de registro, 143–145
Transtorno bipolar e transtornos relacionados, 123–154
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 810
especificadores, 149–154
outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, 123, 148
transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, 123, 145–147
transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, 123, 142–145
transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado, 149
transtorno bipolar tipo I, 123–132
transtorno bipolar tipo II, 123, 132–139
transtorno ciclotímico, 123, 139–141
Transtorno bipolar tipo I, 123–132
características associadas que apoiam o diagnóstico, 129
características diagnósticas, 127–129
comorbidade, 132
consequências funcionais do, 131
critérios diagnósticos, 123–127
desenvolvimento e curso, 130
diagnóstico diferencial, 131–132
fatores de risco e prognóstico, 130
prevalência, 130
questões diagnósticas relativas à cultura, 130
questões diagnósticas relativas ao gênero, 130
risco de suicídio, 131

Transtorno bipolar tipo II, 123, 132–139
características associadas que apoiam o diagnóstico, 136
características diagnósticas, 135–136
comorbidade, 139
consequências funcionais do, 137–138
critérios diagnósticos, 132–135
desenvolvimento e curso, 136–137
diagnóstico diferencial, 137–139
fatores de risco e prognóstico, 137
prevalência, 136
questões diagnósticas relativas ao gênero, 137
risco de suicídio, 137–138
Transtorno catatônico devido a outra condição médica, 120–121
características associadas que apoiam o diagnóstico, 121
características diagnósticas, 121
critérios diagnósticos, 120–121
diagnóstico diferencial, 121
Transtorno ciclotímico, 123, 139–141
características diagnósticas, 140
comorbidade, 141
critérios diagnósticos, 139–140
desenvolvimento e curso, 140–141
diagnóstico diferencial, 141
fatores de risco e prognóstico, 141
prevalência, 140
Transtorno comportamental do sono REM, 361, 407–411
características associadas que apoiam o diagnóstico, 408–409
características diagnósticas, 408–409
comorbidade, 410–411
consequências funcionais do, 409–410
critérios diagnósticos, 407–409
desenvolvimento e curso, 408–410
diagnóstico diferencial, 409–411
fatores de risco e prognóstico, 409–410
marcadores diagnósticos, 409–410
prevalência, 408–409
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 410–411
Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), 309, 310, 318–322
características associadas que apoiam o diagnóstico, 319–321
características diagnósticas, 319–320
comorbidade, 321–322
consequências funcionais do, 321–322
critérios diagnósticos, 318–320
desenvolvimento e curso, 320–321
diagnóstico diferencial, 321–322
fatores de risco e prognóstico, 320–321
prevalência, 320–321
questões diagnósticas relativas à cultura, 320–321
questões diagnósticas relativas ao gênero, 320–321
Transtorno da comunicação social (pragmática), 31, 47–49
características associadas que apoiam o diagnóstico, 48–49
características diagnósticas, 48–49
critérios diagnósticos, 47–49
desenvolvimento e curso, 48–49
diagnóstico diferencial, 49
fatores de risco e prognóstico, 48–49
Transtorno da conduta, 32, 461, 469–476
características associadas que apoiam o diagnóstico, 472–474
características diagnósticas, 472–473
comorbidade, 475–476
consequências funcionais do, 474–475
critérios diagnósticos, 469–472
desenvolvimento e curso, 473–474
diagnóstico diferencial, 474–476
especificadores, 471–473
fatores de risco e prognóstico, 473–475
prevalência, 473–474
questões diagnósticas relativas à cultura, 474–475
questões diagnósticas relativas ao gênero, 474–475
subtipos, 471–472
Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, 423, 437–441
características associadas que apoiam o diagnóstico, 438–439
características diagnósticas, 437–439
comorbidade, 440–441
consequências funcionais do, 439–440
critérios diagnósticos, 437
desenvolvimento e curso, 439–440
diagnóstico diferencial, 440–441
fatores de risco e prognóstico, 439–440
prevalência, 438–439
questões diagnósticas relativas à cultura, 439–440
questões diagnósticas relativas ao gênero, 439–440
Transtorno da fala, 31, 44–45
características associadas que apoiam o diagnóstico, 44
características diagnósticas, 44
critérios diagnósticos, 44
desenvolvimento e curso, 44–45
diagnóstico diferencial, 45
Transtorno da fluência com início na infância (gagueira), 31, 45–47
características associadas que apoiam o diagnóstico, 46
características diagnósticas, 46
consequências funcionais do, 47
critérios diagnósticos, 45–46
desenvolvimento e curso, 46–47
diagnóstico diferencial, 47
fatores de risco e prognóstico, 47

Transtorno da linguagem, 31, 42–44
características associadas que apoiam o diagnóstico, 43
características diagnósticas, 42
comorbidade, 44
critérios diagnósticos, 42
desenvolvimento e curso, 43
diagnóstico diferencial, 43
fatores de risco e prognóstico, 43
Transtorno da personalidade antissocial, 461, 476–477, 645, 646, 659–663
características associadas que apoiam o diagnóstico, 660–661
características diagnósticas, 659–660
critérios diagnósticos, 659
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 763, 764–765
desenvolvimento e curso, 661
diagnóstico diferencial, 662–663
fatores de risco e prognóstico, 661–662
prevalência, 661
questões diagnósticas relativas à cultura, 662
questões diagnósticas relativas ao gênero, 662
Transtorno da personalidade *borderline*, 645, 646, 663–666
características associadas que apoiam o diagnóstico, 665
características diagnósticas, 663–664
critérios diagnósticos, 663
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 763, 766–767
desenvolvimento e curso, 665
diagnóstico diferencial, 666
fatores de risco e prognóstico, 665
prevalência, 665
questões diagnósticas relativas à cultura, 665–666
questões diagnósticas relativas ao gênero, 666
Transtorno da personalidade dependente, 645, 646, 675–678
características associadas que apoiam o diagnóstico, 677
características diagnósticas, 675–677
critérios diagnósticos, 675
desenvolvimento e curso, 677
diagnóstico diferencial, 677–678
prevalência, 677
questões diagnósticas relativas à cultura, 677
questões diagnósticas relativas ao gênero, 677
Transtorno da personalidade esquizoide, 645, 646, 652–655
características associadas que apoiam o diagnóstico, 653–654
características diagnósticas, 653
critérios diagnósticos, 652–653
desenvolvimento e curso, 654
diagnóstico diferencial, 654–655
fatores de risco e prognóstico, 654
prevalência, 654
questões diagnósticas relativas à cultura, 654
questões diagnósticas relativas ao gênero, 654
Transtorno da personalidade esquizotípica, 87, 89, 90, 645, 646, 655–659
características associadas que apoiam o diagnóstico, 657
características diagnósticas, 656–657
critérios diagnósticos, 655–656
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 764, 769–770
desenvolvimento e curso, 657
diagnóstico diferencial, 658–659
fatores de risco e prognóstico, 657
prevalência, 657
questões diagnósticas relativas à cultura, 657
questões diagnósticas relativas ao gênero, 658
Transtorno da personalidade evitativa, 645, 646, 672–675
características associadas que apoiam o diagnóstico, 673–674
características diagnósticas, 673
critérios diagnósticos, 672–673
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 763, 765–766
desenvolvimento e curso, 674
diagnóstico diferencial, 674–675
prevalência, 674
questões diagnósticas relativas à cultura, 674
questões diagnósticas relativas ao gênero, 674
Transtorno da personalidade histriônica, 645, 646, 667–669
características associadas que apoiam o diagnóstico, 668
características diagnósticas, 667–668
critérios diagnósticos, 667
diagnóstico diferencial, 669
prevalência, 668
questões diagnósticas relativas à cultura, 668
questões diagnósticas relativas ao gênero, 668
Transtorno da personalidade narcisista, 645, 646, 669–672
características associadas que apoiam o diagnóstico, 671
características diagnósticas, 670–671
critérios diagnósticos, 669–670
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 763, 767–768
desenvolvimento e curso, 671
diagnóstico diferencial, 671–672

prevalência, 671
questões diagnósticas relativas ao gênero, 671
Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 645, 646, 678–682
características associadas que apoiam o diagnóstico, 680–681
características diagnósticas, 679–680
critérios diagnósticos, 678–679
critérios e características no modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade, 764, 768–769
diagnóstico diferencial, 681–682
prevalência, 681
questões diagnósticas relativas à cultura, 681
questões diagnósticas relativas ao gênero, 681
Transtorno da personalidade paranoide, 645, 646, 649–652
características associadas que apoiam o diagnóstico, 650–651
características diagnósticas, 649–650
critérios diagnósticos, 649
desenvolvimento e curso, 651
diagnóstico diferencial, 652
fatores de risco e prognóstico, 651
prevalência, 651
questões diagnósticas relativas à cultura, 651
Transtorno de acumulação, 235, 236, 247–251
características associadas que apoiam o diagnóstico, 249
características diagnósticas, 248–249
comorbidade, 251
consequências funcionais do, 250
critérios diagnósticos, 247
desenvolvimento e curso, 249
diagnóstico diferencial, 250–251
especificadores, 248
fatores de risco e prognóstico, 249
prevalência, 249
questões diagnósticas relativas à cultura, 250
questões diagnósticas relativas ao gênero, 250
Transtorno de ansiedade de doença, 309, 310, 315–319
breve, 327–328
características associadas que apoiam o diagnóstico, 316–317
características diagnósticas, 315–317
comorbidade, 318–319
consequências funcionais do, 317–318
critérios diagnósticos, 315–316
diferencial diagnóstico, 317–319
fatores de risco e prognóstico, 316–318
prevalência, 316–317
questões diagnósticas relativas à cultura, 317–318
sem comportamentos excessivos relacionados à saúde, 327–328
Transtorno de ansiedade de separação, 189, 190–195
características associadas que apoiam o diagnóstico, 192
características diagnósticas, 191–192
comorbidade, 195
consequências funcionais do, 193–194
critérios diagnósticos, 190–191
desenvolvimento e curso, 192–194
diagnóstico diferencial, 194–195
fatores de risco e prognóstico, 193–194
prevalência, 192
questões diagnósticas relativas à cultura, 193–194
questões diagnósticas relativas ao gênero, 193–194
risco de suicídio, 193–194
Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, 190, 230–233
características associadas que apoiam o diagnóstico, 231–232
características diagnósticas, 230–232
critérios diagnósticos, 230–231
desenvolvimento e curso, 231–232
diagnóstico diferencial, 231–233
marcadores diagnósticos, 231–232
prevalência, 231–232
Transtorno de ansiedade generalizada, 190, 222–228
características associadas que apoiam o diagnóstico, 223–224
características diagnósticas, 222–224
comorbidade, 226–228
consequências funcionais do, 225–226
critérios diagnósticos, 222–223
desenvolvimento e curso, 223–225
diagnóstico diferencial, 225–228
fatores de risco e prognóstico, 224–225
prevalência, 223–224
questões diagnósticas relativas à cultura, 224–225
questões diagnósticas relativas ao gênero, 224–226
Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, 190, 226–231
características associadas que apoiam o diagnóstico, 228–230
características diagnósticas, 228–229
critérios diagnósticos, 226–228
diagnóstico diferencial, 229–231
marcadores diagnósticos, 229–230
prevalência, 229–230
procedimentos de registro, 227–229
Transtorno de ansiedade social (fobia social), 190, 202–208
características associadas que apoiam o diagnóstico, 204
características diagnósticas, 203–204
comorbidade, 208
consequências funcionais do, 206

critérios diagnósticos, 202–203
desenvolvimento e curso, 205–206
diagnóstico diferencial, 206–207
especificadores, 203
fatores de risco e prognóstico, 205–206
prevalência, 204
questões diagnósticas relativas à cultura, 205–206
questões diagnósticas relativas ao gênero, 204, 206
Transtorno de apego reativo, 265–268
características associadas que apoiam o diagnóstico, 266
características diagnósticas, 266
comorbidade, 268
consequências funcionais do, 267
critérios diagnósticos, 265–266
desenvolvimento e curso, 266
diagnóstico diferencial, 267–268
fatores de risco e prognóstico, 267
prevalência, 266
questões diagnósticas relativas à cultura, 267
Transtorno de aprendizagem. *Ver* Transtorno específico da aprendizagem
Transtorno de compulsão alimentar, 329, 350–354
características associadas que apoiam o diagnóstico, 351
características diagnósticas, 350–351
comorbidade, 353–354
consequências funcionais do, 352–353
critérios diagnósticos, 350
de baixa frequência e/ou duração limitada, 353–354
desenvolvimento e curso, 352–353
diagnóstico diferencial, 352–354
fatores de risco e prognóstico, 352–353
prevalência, 351
questões diagnósticas relativas à cultura, 352–353
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), 11, 32, 59–66
características associadas que apoiam o diagnóstico, 61
características diagnósticas, 61
comorbidade, 65
consequências funcionais do, 63
critérios diagnósticos, 59–61
desenvolvimento e curso, 61
diagnóstico diferencial, 63–65
fatores de risco e prognóstico, 62
outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado, 65–66
prevalência, 61
questões diagnósticas relativas à cultura, 62
questões diagnósticas relativas ao gênero, 63
sintomas de TDAH induzidos por medicação, 65
transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado, 66
Transtorno de despersonalização/desrealização, 291, 302–306
características associadas que apoiam o diagnóstico, 303
características diagnósticas, 302–303
comorbidade, 306
consequências funcionais do, 304–305
critérios diagnósticos, 302
desenvolvimento e curso, 303–305
diagnóstico diferencial, 305–306
fatores de risco e prognóstico, 304–305
prevalência, 303
questões diagnósticas relativas à cultura, 304–305
Transtorno de escoriação ("*skin-picking*"), 235, 236, 254–257
características associadas que apoiam o diagnóstico, 255–256
características diagnósticas, 254–256
comorbidade, 257
consequências funcionais do, 256
critérios diagnósticos, 254
desenvolvimento e curso, 255–256
diagnóstico diferencial, 256
fatores de risco e prognóstico, 255–256
marcadores diagnósticos, 255–256
prevalência, 255–256
Transtorno de estresse agudo, 265, 280–287
características associadas que apoiam o diagnóstico, 283–285
características diagnósticas, 281–283
consequências funcionais do, 285–286
critérios diagnósticos, 280–281
desenvolvimento e curso, 284–285
diagnóstico diferencial, 285–287
fatores de risco e prognóstico, 284–286
prevalência, 284–285
questões diagnósticas relativas à cultura, 285–286
questões diagnósticas relativas ao gênero, 285–286
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 265, 271–280
características associadas que apoiam o diagnóstico, 276
características diagnósticas, 274–276
comorbidade, 280
consequências funcionais do, 278–279
critérios diagnósticos, 271–274
desenvolvimento e curso, 276–277
diagnóstico diferencial, 279–280
fatores de risco e prognóstico, 277–278
prevalência, 276
questões diagnósticas relativas à cultura, 278
questões diagnósticas relativas ao gênero, 278
risco de suicídio, 278

Transtorno de hipersonolência, 361, 368–373
características associadas que apoiam o diagnóstico, 370–371
características diagnósticas, 369–371
comorbidade, 372–373
consequências funcionais do, 371–372
critérios diagnósticos, 368–369
desenvolvimento e curso, 370–371
diagnóstico diferencial, 371–373
especificado, outro, 421–422
fatores de risco e prognóstico, 370–372
marcadores diagnósticos, 371–372
não especificado, 421–422
prevalência, 370–371
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 372–373
Transtorno de insônia, 361, 362–368
características associadas que apoiam o diagnóstico, 364
características diagnósticas, 363–364
classificação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 368
comorbidade, 368
consequências funcionais do, 367
critérios diagnósticos, 362–363
desenvolvimento e curso, 365
diagnóstico diferencial, 367–368
especificado, outro, 420–421
fatores de risco e prognóstico, 366
leve, 420–421
marcadores diagnósticos, 366–367
não especificado, 420–422
prevalência, 364–365
questões diagnósticas relativas ao gênero, 366
restrito a sono não reparador, 420–421
Transtorno de interação social desinibida, 265, 268–270
características associadas que apoiam o diagnóstico, 269
características diagnósticas, 269
consequências funcionais do, 270
critérios diagnósticos, 268–269
desenvolvimento e curso, 269–270
diagnóstico diferencial, 270
fatores de risco e prognóstico, 270
prevalência, 269
Transtorno de oposição desafiante, 32, 461, 462–466
características associadas que apoiam o diagnóstico, 464
características diagnósticas, 463
comorbidade, 466
consequências funcionais do, 465
critérios diagnósticos, 462–463
desenvolvimento e curso, 464
diagnóstico diferencial, 465
especificadores, 463
fatores de risco e prognóstico, 464
prevalência, 464
questões diagnósticas relativas à cultura, 465
Transtorno de pânico, 190, 208–215
características associadas que apoiam o diagnóstico, 210
características diagnósticas, 209
consequências funcionais do, 212–213
critérios diagnósticos, 208–209
desenvolvimento e curso, 210–212
diagnóstico diferencial, 212–214
fatores de risco e prognóstico, 211–212
marcadores diagnósticos, 212–213
prevalência, 210
questões diagnósticas relativas à cultura, 211–213
questões diagnósticas relativas ao gênero, 210–213
risco de suicídio, 212–213
Transtorno de purgação, 353–354
Transtorno de ruminação, 329, 332–333
características associadas que apoiam o diagnóstico, 332–333
características diagnósticas, 332
comorbidade, 333
consequências funcionais do, 333
critérios diagnósticos, 332
desenvolvimento e curso, 333
diagnóstico diferencial, 333
fatores de risco e prognóstico, 333
prevalência, 333
Transtorno de sintomas somáticos, 309–316
características associadas que apoiam o diagnóstico, 312–313
características diagnósticas, 311–313
comorbidade, 314–316
critérios diagnósticos, 311
desenvolvimento e curso, 312–314
diagnóstico diferencial, 314–315
fatores de risco e prognóstico, 313–314
prevalência, 312–313
questões diagnósticas relativas à cultura, 313–314
Transtorno de sintomas somáticos breve, 327–328
Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados, 309–328
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 812–813
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 309, 310, 322–325
outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado, 309, 310, 327–328
transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais), 309, 310, 318–322
transtorno de ansiedade de doença, 309, 310, 315–319
transtorno de sintomas somáticos, 309–316

transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados não especificado, 309, 310, 327–328
transtorno factício, 309, 310, 324–327
Transtorno de sintomatologia neurológica funcional. *Ver* Transtorno conversivo
Transtorno de Tourette, 32. *Ver também* Transtornos de tique
características diagnósticas, 81–83
consequências funcionais do, 84–85
critérios diagnósticos, 81–82
fatores de risco e prognóstico, 83–84
prevalência, 83–84
Transtorno delirante, 89–93
características associadas que apoiam o diagnóstico, 92
características diagnósticas, 92
consequências funcionais do, 93
critérios diagnósticos, 90–91
desenvolvimento e curso, 92–93
prevalência, 92
questões diagnósticas relativas à cultura, 93
sintomas delirantes em parceiro de pessoa com, 122
subtipos, 91–92
Transtorno depressivo devido a outra condição médica, 155, 180–183
características associadas que apoiam o diagnóstico, 181
características diagnósticas, 181
comorbidade, 183
consequências funcionais do, 182
critérios diagnósticos, 180–181
desenvolvimento e curso, 181–182
diagnóstico diferencial, 182–183
fatores de risco e prognóstico, 182
marcadores diagnósticos, 182
questões diagnósticas relativas ao gênero, 182
risco de suicídio, 182
Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, 155, 175–180
características diagnósticas, 177–178
comorbidade, 180
critérios diagnósticos, 175–176
desenvolvimento e curso, 178
diagnóstico diferencial, 179–180
fatores de risco e prognóstico, 178–179
marcadores diagnósticos, 179
prevalência, 178
procedimentos de registro, 176–177
risco de suicídio, 179
Transtorno depressivo maior, 155, 160–168
características associadas que apoiam o diagnóstico, 164–165
características diagnósticas, 162–164
comorbidade, 168
consequências funcionais do, 167
critérios diagnósticos, 160–162
desenvolvimento e curso, 165–166
diagnóstico diferencial, 167–168
fatores de risco e prognóstico, 166
prevalência, 165
questões culturais relativas à cultura, 166
questões diagnósticas relativas ao gênero, 167
risco de suicídio, 164, 167
Transtorno depressivo persistente (distimia), 155, 168–171
características diagnósticas, 169–170
comorbidade, 171
consequências funcionais do, 170
critérios diagnósticos, 168–169
desenvolvimento e curso, 170
diagnóstico diferencial, 170–171
fatores de risco e prognóstico, 170
prevalência, 170
Transtorno disfórico pré-menstrual, 155, 171–175
características associadas que apoiam o diagnóstico, 173
características diagnósticas, 172–173
comorbidade, 175
consequências funcionais do, 174
critérios diagnósticos, 171–172
desenvolvimento e curso, 173
diagnóstico diferencial, 174–175
fatores de risco e prognóstico, 173
marcadores diagnósticos, 173–174
prevalência, 173
procedimentos de registro, 172
questões diagnósticas relativas à cultura, 173
Transtorno dismórfico corporal, 235, 236, 242–247
características associadas que apoiam o diagnóstico, 244
características diagnósticas, 243–244
comorbidade, 247
consequências funcionais do, 245
critérios diagnósticos, 242–243
desenvolvimento e curso, 244
diagnóstico diferencial, 245–247
fatores de risco e prognóstico, 245
prevalência, 244
questões diagnósticas relativas à cultura, 245
questões diagnósticas relativas ao gênero, 245
risco de suicídio, 245
Transtorno disruptivo da desregulação do humor, 155, 156–160
características diagnósticas, 156–157
comorbidade, 160
consequências funcionais, 158
critérios diagnósticos, 156
desenvolvimento e curso, 157
diagnóstico diferencial, 158–160
fatores de risco e prognóstico, 157–158
prevalência, 157
questões diagnósticas relativas à cultura, 158
risco de suicídio, 158

Transtorno dissociativo de identidade, 291–298
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 294
  características diagnósticas, 292–294
  comorbidade, 297–298
  consequências funcionais do, 295–296
  critérios diagnósticos, 292
  desenvolvimento e curso, 294
  diagnóstico diferencial, 296–298
  fatores de risco e prognóstico, 294–295
  prevalência, 294
  questões diagnósticas relativas à cultura, 295
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 295
  risco de suicídio, 295
Transtorno do comportamento repetitivo focado no corpo, 235, 263–264
Transtorno do comportamento suicida, 801–803
  características diagnósticas, 801–802
  comorbidade, 803
  consequências funcionais do, 802
  critérios propostos, 801
  desenvolvimento e curso, 802
  especificadores, 801
  marcadores diagnósticos, 802
  questões diagnósticas relativas à cultura, 802
Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, 423, 440–444
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 441–443
  características diagnósticas, 441–442
  comorbidade, 443–444
  critérios diagnósticos, 440–442
  desenvolvimento e curso, 442–443
  diagnóstico diferencial, 443–444
  fatores de risco e prognóstico, 442–443
  prevalência, 442–443
  questões diagnósticas relativas à cultura, 442–443
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 442–444
Transtorno do desenvolvimento da coordenação, 32, 74–78
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 75–76
  características diagnósticas, 74–76
  comorbidade, 76–77
  consequências funcionais do, 76–77
  critérios diagnósticos, 74–75
  desenvolvimento e curso, 75—77
  diagnóstico diferencial, 76–78
  fatores de risco e prognóstico, 76–77
  prevalência, 75–76
  questões diagnósticas relativas à cultura, 76–77
Transtorno do espectro autista, 31–32, 50–59
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 55
  características diagnósticas, 53–55
  comorbidade, 58–59
  consequências funcionais do, 57
  critérios diagnósticos, 50–51
  desenvolvimento e curso, 55–56
  diagnóstico diferencial, 57–58
  especificadores, 51–53, **52**
  fatores de risco e prognóstico, 56–57
  prevalência, 55
  procedimentos para registro, 51
  questões diagnósticas relativas à cultura, 57
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 57
Transtorno do interesse/excitação sexual feminino, 423, 433–437
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 434–435
  características diagnósticas, 433–434
  comorbidade, 436–437
  consequências funcionais do, 436
  critérios diagnósticos, 433
  desenvolvimento e curso, 435
  diagnóstico diferencial, 436
  fatores de risco e prognóstico, 435
  prevalência, 435
  questões diagnósticas relativas à cultura, 435–436
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 436
Transtorno do jogo, 481, 585–590
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 587–588
  características diagnósticas, 586–588
  comorbidade, 589–590
  consequências funcionais do, 589–590
  critérios diagnósticos, 585–587
  desenvolvimento e curso, 587–589
  diagnóstico diferencial, 589–590
  especificadores, 586–587
  fatores de risco e prognóstico, 588–589
  prevalência, 587–588
  questões diagnósticas relativas à cultura, 588–589
  questões diagnósticas relativas ao gênero, 588–589
Transtorno do jogo pela Internet, 795–798
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 797
  características diagnósticas, 796–797
  comorbidade, 798
  consequências funcionais, 797
  critérios propostos, 795–796
  diagnóstico diferencial, 797–798
  fatores de risco e prognóstico, 797
  prevalência, 797
  subtipos, 796
Transtorno do luto complexo persistente, 289–290, 789–792
  características associadas que apoiam o diagnóstico, 791
  características diagnósticas, 790–791

comorbidade, 792
consequências funcionais do, 792
critérios propostos, 789–790
desenvolvimento e curso, 791
diagnóstico diferencial, 792
fatores de risco e prognóstico, 791
prevalência, 791
questões diagnósticas relativas à cultura, 791
risco de suicídio, 791
Transtorno do masoquismo sexual, 685, 694–696
características associadas que apoiam o diagnóstico, 694–695
características diagnósticas, 694–695
comorbidade, 695–696
consequências funcionais do, 695–696
critérios diagnósticos, 694–695
desenvolvimento e curso, 695–696
diagnóstico diferencial, 695–696
prevalência, 694–695
Transtorno do movimento estereotipado, 32, 77–81
características diagnósticas, 78–80
comorbidade, 80–81
critérios diagnósticos, 77–79
desenvolvimento e curso, 79–80
diagnóstico diferencial, 79–81
especificadores, 78–79
fatores de risco e prognóstico, 79–80
prevalência, 79–80
procedimentos de registro, 78–79
questões diagnósticas relativas à cultura, 79–80
Transtorno do orgasmo feminino, 423, 429–432
características associadas que apoiam o diagnóstico, 430–431
características diagnósticas, 430
comorbidade, 432
consequências funcionais do, 432
critérios diagnósticos, 429–430
desenvolvimento e curso, 431
diagnóstico diferencial, 432
fatores de risco e prognóstico, 431–432
marcadores diagnósticos, 432
prevalência, 431
questões diagnósticas relativas à cultura, 432
Transtorno do pensamento formal, 88
Transtorno do pesadelo, 361, 404–408
características associadas que apoiam o diagnóstico, 405–406
características diagnósticas, 404–406
comorbidade, 407–408
consequências funcionais do, 406–407
critérios diagnósticos, 404–405
desenvolvimento e curso, 405–406
diagnóstico diferencial, 406–408
fatores de risco e prognóstico, 405–406
marcadores diagnósticos, 406–407
prevalência, 405–406
questões diagnósticas relativas à cultura, 406–407
questões diagnósticas relativas ao gênero, 406–407
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 407–408
Transtorno do sadismo sexual, 685, 695–698
características associadas que apoiam o diagnóstico, 696–697
características diagnósticas, 696–697
comorbidade, 697–698
critérios diagnósticos, 695–696
desenvolvimento e curso, 697–698
diagnóstico diferencial, 697–698
prevalência, 696–697
Transtorno do sono induzido por substância/medicamento, 413–421
características associadas que apoiam o diagnóstico, 416–419
características diagnósticas, 416–417
comorbidade, 420–421
consequências funcionais do, 419–420
critérios diagnósticos, 413–416
desenvolvimento e curso, 418–419
diagnóstico diferencial, 419–421
fatores de risco e prognóstico, 418–419
marcadores diagnósticos, 419–420
procedimentos de registro, 415–417
questões diagnósticas relativas à cultura, 418–419
questões diagnósticas relativas ao gênero, 418–419
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 420–421
Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, 361, 390–399
critérios diagnósticos, 390–392
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 398–399
tipo fase do sono atrasada, 391–393
características associadas que apoiam o diagnóstico, 391–392
características diagnósticas, 391–392
comorbidade, 392–393
consequências funcionais do, 392–393
desenvolvimento e curso, 391–392
diagnóstico diferencial, 392–393
fatores de risco e prognóstico, 392–393
marcadores diagnósticos, 392–393
prevalência, 391–392
tipo fase do sono avançada, 393–395
características associadas que apoiam o diagnóstico, 393–394
características diagnósticas, 393–394
comorbidade, 394–395
consequências funcionais do, 394–395
desenvolvimento e curso, 393–394

diagnóstico diferencial, 394–395
especificadores, 393–394
fatores de risco e prognóstico, 394–395
marcadores diagnósticos, 394–395
prevalência, 393–394
questões diagnósticas relativas à cultura, 394–395
tipo sono-vigília irregular, 394–397
características associadas que apoiam o diagnóstico, 395–396
características diagnósticas, 394–396
comorbidade, 396–397
consequências funcionais do, 395–396
desenvolvimento e curso, 395–396
diagnóstico diferencial, 395–396
fatores de risco e prognóstico, 395–396
marcadores diagnósticos, 395–396
prevalência, 395–396
tipo sono-vigília não de 24 horas, 396–398
características associadas que apoiam o diagnóstico, 396–397
características diagnósticas, 396–397
comorbidade, 397–398
consequências funcionais do, 397–398
desenvolvimento e curso, 396–397
diagnóstico diferencial, 397–398
fatores de risco e prognóstico, 396–398
marcadores diagnósticos, 397–398
prevalência, 396–397
tipo trabalho em turnos, 397–399
características diagnósticas, 397–398
comorbidade, 398–399
consequências funcionais do, 398–399
desenvolvimento e curso, 398–399
diagnóstico diferencial, 398–399
fatores de risco e prognóstico, 398–399
marcadores diagnósticos, 398–399
prevalência, 397–398
Transtorno erétil, 423, 426–429
características associadas que apoiam o diagnóstico, 427
características diagnósticas, 427
comorbidade, 429
consequências funcionais do, 428
critérios diagnósticos, 426–427
desenvolvimento e curso, 427–428
diagnóstico diferencial, 428–429
fatores de risco e prognóstico, 428
marcadores diagnósticos, 428
prevalência, 427
questões diagnósticos relativas à cultura, 428
Transtorno específico da aprendizagem, 32, 66–75
características associadas que apoiam o diagnóstico, 70–71
características diagnósticas, 68–71
comorbidade, 72, 74–75
consequências funcionais do, 73
critérios diagnósticos, 66–68
desenvolvimento e curso, 70–72
diagnóstico diferencial, 73–75
fatores de risco e prognóstico, 72
prevalência, 70–71
procedimentos de registro, 68
questões diagnósticas relativas à cultura, 72–73
questões diagnósticas relativas ao gênero, 73
Transtorno esquizoafetivo, 89–90, 105–110
características associadas que apoiam o diagnóstico, 107
características diagnósticas, 106–107
comorbidade, 110
consequências funcionais do, 109
critérios diagnósticos, 105–106
desenvolvimento e curso, 108
diagnóstico diferencial, 109–110
fatores de risco e prognóstico, 108
prevalência, 107–108
questões diagnósticas relativas à cultura, 108–109
risco de suicídio, 109
Transtorno esquizofreniforme, 89, 96–99
características associadas que apoiam o diagnóstico, 98
características diagnósticas, 97–98
consequências funcionais do, 98
critérios diagnósticos, 96–97
desenvolvimento e curso, 98
diagnóstico diferencial, 98–99
diagnóstico provisório, 97
fatores de risco e prognóstico, 98
prevalência, 98
Transtorno exibicionista, 685, 689–691
características diagnósticas, 689–690
comorbidade, 691
consequências funcionais do, 691
critérios diagnósticos, 689
desenvolvimento e curso, 690
diagnóstico diferencial, 691
especificadores, 689
fatores de risco e prognóstico, 690–691
prevalência, 690
questões diagnósticas relativas ao gênero, 691
subtipos, 689
Transtorno explosivo intermitente, 461, 466–470
características associadas que apoiam o diagnóstico, 467–468
características diagnósticas, 466–468
comorbidade, 469–470
consequências funcionais, 468–469
critérios diagnósticos, 466
desenvolvimento e curso, 467–468
diagnóstico diferencial, 468–470
fatores de risco e prognóstico, 467–469
prevalência, 467–468
questões diagnósticas relativas à cultura, 468–469
questões diagnósticas relativas ao gênero, 468–469

Transtorno factício, 309, 310, 324–327
características associadas que apoiam o diagnóstico, 325–327
características diagnósticas, 325–326
critérios diagnósticos, 324–326
desenvolvimento e curso, 326–327
diagnóstico diferencial, 326–327
imposto a outro, 310, 325–326, 338
prevalência, 326–327
procedimentos para registro, 325–326
Transtorno fetichista, 685, 700–703
características associadas que apoiam o diagnóstico, 701–702
características diagnósticas, 701–702
comorbidade, 702–703
consequências funcionais do, 701–703
critérios diagnósticos, 700–701
desenvolvimento e curso, 701–702
diagnóstico diferencial, 702–703
especificadores, 701–702
questões diagnósticas relativas à cultura, 701–702
questões diagnósticas relativas ao gênero, 701–702
Transtorno frotteurista, 685, 691–695
características diagnósticas, 692
comorbidade, 693–695
critérios diagnósticos, 691–692
desenvolvimento e curso, 693
diagnóstico diferencial, 693
especificadores, 692
fatores de risco e prognóstico, 693
prevalência, 692–693
questões diagnósticas relativas ao gênero, 693
Transtorno mental não especificado, 15–17, 19–20, 708
devido a outra condição médica, 708
Transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, 591, **602–603,** 613–618
características associadas que apoiam o diagnóstico, 616
características diagnósticas, 615–616
consequências funcionais do, 617
critérios diagnósticos, 613–615
desenvolvimento e curso, 616
diagnóstico diferencial, 617–618
fatores de risco e prognóstico, 616
marcadores diagnósticos, 616–617
prevalência, 616
Transtorno neurocognitivo maior ou leve, induzido por substância/medicamento, 591, **602–603,** 626–632
características associadas que apoiam o diagnóstico, 629–630
características diagnósticas, 628–630
comorbidade, 631–632
consequências funcionais do, 630–631
critérios diagnósticos, 626–629
desenvolvimento e curso, 630–631
diagnóstico diferencial, 630–631
fatores de risco e prognóstico, 630–631
marcadores diagnósticos, 630–631
prevalência, 629–630
procedimentos de registro, 628–629
Transtorno neurocognitivo vascular, maior ou leve, 591, **602–603,** 621–624
características associadas que apoiam o diagnóstico, 622
características diagnósticas, 621–622
comorbidade, 624
consequências funcionais do, 623
critérios diagnósticos, 621
desenvolvimento e curso, 623
diagnóstico diferencial, 623–624
fatores de risco e prognóstico, 623
marcadores diagnósticos, 623
prevalência, 622–623
Transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool, 798–801
características associadas que apoiam o diagnóstico, 799
características diagnósticas, 799
comorbidade, 800–801
consequências funcionais do, 800
critérios propostos, 798–799
desenvolvimento e curso, 800
diagnóstico diferencial, 800
prevalência, 800
risco de suicídio, 800
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), 235–242
características associadas que apoiam o diagnóstico, 238–239
características diagnósticas, 238
comorbidade, 243
consequências funcionais do, 241–242
critérios diagnósticos, 237
desenvolvimento e curso, 239
diagnóstico diferencial, 242–243
especificadores, 236, 238
fatores de risco e prognóstico, 239–240
prevalência, 239
questões diagnósticas relativas à cultura, 240
questões diagnósticas relativas ao gênero, 239, 240
risco de suicídio, 240
Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, 235–264
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 811–812
obsessões e compulsões, 235–236, 239
outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtornos relacionados, 235, 236, 263–264
transtorno de acumulação, 235, 236, 247–251

transtorno de escoriação ("*skin-picking*"), 235, 236, 254–257
transtorno dismórfico corporal, 235, 236, 242–247
transtorno obsessivo-compulsivo, 235–242
transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados devido a outra condição médica, 235, 236, 260–263
transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por substância/medicamento, 235, 236, 257–260
transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados não especificado, 235, 236
tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), 235, 236, 251–254
Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados devido a outra condição médica, 235, 236, 260–263
características associadas que apoiam o diagnóstico, 262
características diagnósticas, 261–262
critérios diagnósticos, 260–261
desenvolvimento e curso, 262
diagnóstico diferencial, 262–263
marcadores diagnósticos, 262
Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados induzido por substância/medicamento, 235, 236, 257–260
características associadas que apoiam o diagnóstico, 259
características diagnósticas, 259
critérios diagnósticos, 257–258
diagnóstico diferencial, 259–260
prevalência, 259
procedimentos de registro, 258–259
Transtorno pedofílico, 685, 697–701
características associadas que apoiam o diagnóstico, 698–699
características diagnósticas, 698–699
comorbidade, 700–701
critérios diagnósticos, 697–699
desenvolvimento e curso, 699–700
diagnóstico diferencial, 700–701
fatores de risco e prognóstico, 699–700
marcadores diagnósticos, 699–700
prevalência, 698–699
questões diagnósticas relativas ao gênero, 699–700
Transtorno persistente da percepção induzido por alucinógeno, 531–532
características associadas que apoiam o diagnóstico, 531
características diagnósticas, 531
comorbidade, 532
consequências funcionais, 532
critérios diagnósticos, 531
desenvolvimento e curso, 532
diagnóstico diferencial, 532
fatores de risco e prognóstico, 532
prevalência, 531
Transtorno por uso de álcool, 490–497
características associadas que apoiam o diagnóstico, 492–493
características diagnósticas, 492
comorbidade, 496–497
consequências funcionais do, 496
critério diagnóstico, 490–491
desenvolvimento e curso, 493–494
diagnóstico diferencial, 496
especificadores, 492
fatores de risco e prognóstico, 494
marcadores diagnósticos, 495–496
prevalência, 493
questões diagnósticas relativas à cultura, 494–495
Transtorno por uso de cafeína, 792–795
características diagnósticas, 793–794
comorbidade, 795
consequências funcionais do, 794–795
critérios propostos, 792–793
desenvolvimento e curso, 794
diagnóstico diferencial, 795
fatores de risco e prognóstico, 794
prevalência, 794
Transtorno por uso de *Cannabis*, 509–516
características associadas que apoiam o diagnóstico, 512
características diagnósticas, 510–512
comorbidade, 515–516
consequências funcionais, 514–515
critérios diagnósticos, 509–510
desenvolvimento e curso, 513
especificadores, 510
fatores de risco e prognóstico, 513–514
marcadores diagnósticos, 514
prevalência, 512
questões diagnósticas relativas à cultura, 514
Transtorno por uso de estimulantes, 561–567
características associadas que apoiam o diagnóstico, 563–564
características diagnósticas, 563
comorbidade, 566–567
consequências funcionais do, 566
critérios diagnósticos, 561–562
desenvolvimento e curso, 564–565
diagnóstico diferencial, 566
especificadores, 563
fatores de risco e prognóstico, 565
marcadores diagnósticos, 565–566
prevalência, 564
questões diagnósticas relativas à cultura, 565
Transtorno por uso de fenciclidina, 520–523
características associadas que apoiam o diagnóstico, 522
características diagnósticas, 521–522

consequências funcionais do, 522
critérios diagnósticos, 520–521
diagnóstico diferencial, 523
especificadores, 521
fatores de risco e prognóstico, 522
marcadores diagnósticos, 522
prevalência, 522
questões diagnósticas relativas à cultura, 522
questões diagnósticas relativas ao gênero, 522
Transtorno por uso de inalantes, 533–539
características associadas que apoiam o diagnóstico, 535
características diagnósticas, 535
comorbidade, 538–539
consequências funcionais do, 537
critérios diagnósticos, 533–534
desenvolvimento e curso, 536
diagnóstico diferencial, 537
especificadores, 535
fatores de risco e prognóstico, 536
marcadores diagnósticos, 536–537
prevalência, 535–536
questões diagnósticas relativas à cultura, 536
questões diagnósticas relativas ao gênero, 536
Transtorno por uso de opioides, 541–547
características associadas que apoiam o diagnóstico, 543–544
características diagnósticas, 542–543
comorbidade, 546–547
consequências funcionais do, 544–546
critérios diagnósticos, 541–543
desenvolvimento e curso, 543–544
diagnóstico diferencial, 545–547
especificadores, 542–543
fatores de risco e prognóstico, 543–545
marcadores diagnósticos, 544–545
prevalência, 543–544
questões diagnósticas relativas à cultura, 544–545
questões diagnósticas relativas ao gênero, 544–545
risco de suicídio, 544–545
Transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), 577–580
características associadas que apoiam o diagnóstico, 579
características diagnósticas, 579
comorbidade, 580
critérios diagnósticos, 577–578
desenvolvimento e curso, 580
diagnóstico diferencial, 580
especificadores, 578
fatores de risco e prognóstico, 580
marcadores diagnósticos, 580
prevalência, 579
questões diagnósticas relativas à cultura, 580
Transtorno por uso de outros alucinógenos, 523–527
características associadas que apoiam o diagnóstico, 525
características diagnósticas, 524–525
comorbidade, 527
consequências funcionais do, 527
critérios diagnósticos, 523–524
desenvolvimento e curso, 525–526
diagnóstico diferencial, 527
especificadores, 524
fatores de risco e prognóstico, 526
marcadores diagnósticos, 526
prevalência, 525
questões diagnósticas relativas à cultura, 526
questões diagnósticas relativas ao gênero, 526
Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 550–556
características associadas que apoiam o diagnóstico, 553
características diagnósticas, 552–553
comorbidade, 555–556
consequências funcionais do, 555
critérios diagnósticos, 550–552
desenvolvimento e curso, 553–554
diagnóstico diferencial, 555
especificadores, 552
fatores de risco e prognóstico, 554
marcadores diagnósticos, 554–555
prevalência, 553
questões diagnósticas relativas à cultura, 554
questões diagnósticas relativas ao gênero, 554
Transtorno por uso de tabaco, 571–574
características associadas que apoiam o diagnóstico, 573
características diagnósticas, 572–573
comorbidade, 574
consequências funcionais do, 574
critérios diagnósticos, 571–572
desenvolvimento e curso, 573
especificadores, 572
fatores de risco e prognóstico, 573–574
marcadores diagnósticos, 574
prevalência, 573
questões diagnósticas relativas à cultura, 574
Transtorno psicótico breve, 94–96
características associadas que apoiam o diagnóstico, 95
características diagnósticas, 94–95
consequências funcionais, 95
critérios diagnósticos, 94
desenvolvimento e curso, 95
diagnóstico diferencial, 96
duração, 89, 94, 99
fatores de risco e prognóstico, 95
prevalência, 95
questões diagnósticas relativas à cultura, 95

Transtorno psicótico devido a outra condição médica, 89, 115–118
características associadas que apoiam o diagnóstico, 116
características diagnósticas, 116
comorbidade, 118
consequências funcionais do, 118
critérios diagnósticos, 115–116
desenvolvimento e curso, 117
diagnóstico diferencial, 118
especificadores, 116
fatores de risco e prognóstico, 117
marcadores diagnósticos, 117
prevalência, 116–117
risco de suicídio, 118
Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, 89, 110–115
características associadas que apoiam o diagnóstico, 113
características diagnósticas, 112–113
consequências funcionais do, 114
critérios diagnósticos, 110–111
desenvolvimento e curso, 114
diagnóstico diferencial, 114–115
marcadores diagnósticos, 114
prevalência, 113
procedimentos de registro, 112
Transtorno tipo dismórfico corporal com defeitos reais, 263
Transtorno tipo dismórfico corporal sem comportamentos repetitivos, 263
Transtorno transvéstico, 685, 702–705
características associadas que apoiam o diagnóstico, 703–704
características diagnósticas, 703–704
comorbidade, 704–705
consequências funcionais do, 704–705
critérios diagnósticos, 702–703
desenvolvimento e curso, 703–705
diagnóstico diferencial, 704–705
especificadores, 703–704
prevalência, 703–704
Transtorno voyeurista, 685–688
características diagnósticas, 687
comorbidade, 688
critérios diagnósticos, 686–687
desenvolvimento e curso, 688
diagnóstico diferencial, 688
especificadores, 687
fatores de risco e prognóstico, 688
prevalência, 687–688
questões diagnósticas relativas ao gênero, 688
Transtornos alimentares, 329–354
anorexia nervosa, 329, 338–345
bulimia nervosa, 329, 345–350
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 813
outro transtorno alimentar especificado, 353–354
pica, 329–331
transtorno alimentar não especificado, 354
transtorno alimentar restritivo/evitativo, 329, 334–338
transtorno de compulsão alimentar, 329, 350–354
transtorno de ruminação, 329, 332–333
Transtornos cognitivos. *Ver* Transtornos neurocognitivos
Transtornos da comunicação, 31, 41–49
não especificado, 49
social (pragmática), 47–49
transtorno da fala, 44–45
transtorno da fluência com início na infância (gagueira), 45–47
transtorno da linguagem, 42–44
Transtornos da eliminação, 355–360
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 813
encoprese, 355, 357–360
enurese, 355–358
outro transtorno da eliminação especificado, 359–360
transtorno da eliminação não especificado, 360
Transtornos da personalidade, 645–684
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 816
Grupo A, 646, 649–659
transtorno da personalidade esquizoide, 645, 646, 652–655
transtorno da personalidade esquizotípica, 87, 89, 90, 645, 646, 655–659
transtorno da personalidade paranoide, 645, 646, 649–652
Grupo B, 646, 659–672
transtorno da personalidade antissocial, 461, 476–477, 645, 646, 659–663
transtorno da personalidade *borderline*, 645, 646, 663–666
transtorno da personalidade histriônica, 645, 646, 667–669
transtorno da personalidade narcisista, 645, 646, 669–672
Grupo C, 646, 672–682
transtorno da personalidade dependente, 645, 646, 675–678
transtorno da personalidade evitativa, 645, 646, 672–675
transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 645, 646, 678–682
mudança de personalidade devido a outra condição médica, 645, 682–684
outro transtorno da personalidade especificado, 645–646, 684
transtorno da personalidade, 646–649
características diagnósticas, 647
critérios, 646–647

desenvolvimento e curso, 647–648
diagnóstico diferencial, 648–649
questões diagnósticas relativas à cultura, 648
questões diagnósticas relativas ao gênero, 648
transtorno da personalidade não especificado, 645–646, 684
Transtornos da personalidade: modelo alternativo do DSM-5, 761–781
algoritmos para classificação do, 771
critérios gerais para transtorno da personalidade, 761–763
Critério A: nível de funcionamento da personalidade, 762, 762
Critério B: traços de personalidade patológicos, 762–763
Critérios C e D: difusão e estabilidade, 763
Critérios E, F e G: explicações alternativas para a patologia da personalidade, 763
diagnóstico de, 771
nível de funcionamento da personalidade, 762, 762, 771–772
avaliação do Modelo de Traço de Personalidade, 774
classificação do Nível de Funcionamento da Personalidade, 772, 775–778
definição dimensional do funcionamento *individual* e *interpessoal*, 772
definição e descrição, 772–773
definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade, 779–781
dimensionalidade dos traços de personalidade, 772–773
distinguindo traços, sintomas e comportamentos específicos, 773–774
estrutura hierárquica da personalidade, 773
Modelo de Traço de Personalidade, 773
traços de personalidade, 772–774
utilidade clínica do modelo multidimensional do funcionamento e traços de personalidade, 774
transtornos da personalidade específicos, 763–771
transtorno da personalidade – especificado pelo traço, 761, 770–771
transtorno da personalidade antissocial, 763, 764–765
transtorno da personalidade *borderline*, 763, 766–767
transtorno da personalidade esquizotípica, 764, 769–770
transtorno da personalidade evitativa, 763, 765–766
transtorno da personalidade narcisista, 763, 767–768
transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 764, 768–769
Transtornos de adaptação, 265, 286–290
características diagnósticas, 287–288
comorbidade, 289–290
consequências funcionais do, 288–289
critérios diagnósticos, 286–288
desenvolvimento e curso, 287–288
diagnóstico diferencial, 288–290
fatores de risco e prognóstico, 288–289
prevalência, 287–288
questões diagnósticas relativas à cultura, 288–289
Transtornos de ansiedade, 189–264
agorafobia, 190, 217–222
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 811
especificador de ataque de pânico, 214–218
fobia específica, 189–190, 197–202
mutismo seletivo, 189, 195–197
outro transtorno de ansiedade especificado, 233–234
transtorno de ansiedade de separação, 189, 190–195
transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, 190, 230–233
transtorno de ansiedade generalizada, 190, 222–228
transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, 190, 226–231
transtorno de ansiedade não especificado, 233–234
transtorno de ansiedade social (fobia social), 190, 202–208
transtorno de pânico, 190, 208–215
Transtornos de despertar do sono não REM, 361, 399–405
características associadas que apoiam o diagnóstico, 400–402
características diagnósticas, 400–401
comorbidade, 403–404
consequências funcionais do, 402–403
critérios diagnósticos, 399–400
desenvolvimento e curso, 401–402
diagnóstico diferencial, 402–404
fatores de risco e prognóstico, 401–402
marcadores diagnósticos, 402–403
prevalência, 401–402
questões diagnósticas relativas ao gênero, 401–402
relação com a *Classificação internacional dos distúrbios do sono*, 404–405
Transtornos de tique, 32, 81–85
características diagnósticas, 81–83
comorbidade, 83–85
consequências funcionais, 84–85
critérios diagnósticos, 81–82
desenvolvimento e curso, 83–84
diagnóstico diferencial, 84–85

especificadores, 81–82
fatores de risco e prognóstico, 83–84
outro transtorno de tique especificado, 85
prevalência, 83–84
questões diagnósticas relativas à cultura, 83–84
questões diagnósticas relativas ao gênero, 83–85
transtorno de tique não especificado, 85
Transtornos depressivos, 155–188
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 810–811
especificadores, 184–188
outro transtorno depressivo especificado, 155, 183–184
transtorno depressivo devido a outra condição médica, 155, 180–183
transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, 155, 175–180
transtorno depressivo maior, 155, 160–168
transtorno depressivo não especificado, 155, 184
transtorno depressivo persistente (distimia), 155, 168–171
transtorno disfórico pré-menstrual, 155, 171–175
transtorno disruptivo da desregulação do humor, 155, 156–160
Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 461–480
cleptomania, 461, 478–480
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 815
outro transtorno disruptivo, do controle de impulso ou da conduta especificado, 461, 479–480
outro transtorno disruptivo, do controle de impulso ou da conduta especificado, 480
piromania, 461, 476–478
transtorno da personalidade antissocial, 461, 476–477, 645, 646, 659–663
transtorno da conduta, 461, 469–476
transtorno de oposição desafiante, 461–466
transtorno explosivo intermitente, 461, 466–470
Transtornos dissociativos, 291–307
amnésia dissociativa, 291, 298–302
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 812
outro transtorno dissociativo especificado, 292, 306–307
transtorno de despersonalização/desrealização, 291, 302–306
transtorno dissociativo de identidade, 291–298
transtorno dissociativo não especificado, 307
Transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos, 20, 22, 29, 709–714
acatisia aguda induzida por medicamento, 22, 711–712
acatisia tardia, 712–713
discinesia tardia, 22, 712–713
distonia aguda induzida por medicamento, 711–712
distonia tardia, 712–713
outro transtorno do movimento induzido por medicamento, 712–713
outros efeitos adversos dos medicamentos, 712–714
parkinsonismo induzido por neuroléptico, 709
parkinsonismo induzido por outro medicamento, 709
síndrome da descontinuação de antidepressivos, 22, 712–714
síndrome neuroléptica maligna, 22, 709–712
tremor postural induzido por medicamento, 712–713
Transtornos do neurodesenvolvimento, 11, 13, 31–86
deficiências intelectuais, 31, 33–41
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 809–810
especificadores, 32–33
outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado, 86
transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 11, 32, 59–66
transtorno do espectro autista, 31–32, 50–59
transtorno do neurodesenvolvimento não especificado, 86
transtorno específico da aprendizagem, 32, 66–75
transtornos da comunicação, 31, 41–49
transtornos de tique, 32, 81–85
transtornos motores, 32, 74–85
Transtornos do sono relacionados à respiração, 361, 378–391
apneia central do sono, 383–387
apneia e hipopneia obstrutivas do sono, 378–384
hipoventilação relacionada ao sono, 387–391
Transtornos externalizantes, 13
Transtornos fóbicos
agorafobia, 190, 217–222
fobia específica, 189–190, 197–202
transtorno de ansiedade social (fobia social), 190, 202–208
Transtornos induzidos por substâncias, 481, 485–490
intoxicação e abstinência de substância, 481, 485–487 *Ver também* Intoxicação; Abstinência de substância
achados laboratoriais associados, 486–487
associado ao uso de múltiplas substâncias, 486
desenvolvimento e curso, 487
duração dos efeitos, 486
procedimentos de registro para, 487
via de administração e velocidade dos efeitos da substância, 486
relacionados a alucinógenos, 527–533
relacionados à cafeína, 503–508

relacionados à *Cannabis*, 516–519
relacionados a inalantes, 538–541
relacionados a opioides, 546–549
relacionados a outras substâncias (ou substâncias desconhecidas), 581–586
relacionados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 556–560
relacionados ao álcool, 497–503
relacionados ao tabaco, 575–576
transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, 481, 487–490
características, 488–489
consequências funcionais dos, 490
desenvolvimento e curso, 489
procedimentos de registro para, 490
Transtornos internalizantes, 13
Transtornos mentais
cultura e, 14–16, 749–759
definição de um, 20
critério para relevância clínica, 21
no âmbito forense, 25
gênero e, 15–16
Transtornos motores do neurodesenvolvimento, 32, 74–85
transtorno do desenvolvimento da coordenação, 74–78
transtorno do movimento estereotipado, 77–81
transtornos de tique, 81–85
Transtornos neurocognitivos (TNCs), 591–643
delirium, 591, 596–602
delirium não especificado, 601–602
outro *delirium* especificado, 601–602
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 816
domínios neurocognitivos, 592, 593–595
transtorno neurocognitivo maior ou leve, 591, 601–643
características associadas que apoiam o diagnóstico, 607–608
características diagnósticas, 606–608
comorbidade, 610–611
consequências funcionais do, 610
critérios diagnósticos, 601–606
desenvolvimento e curso, 607–609
diagnóstico diferencial, 610
especificadores, 605–607
fatores de risco e prognóstico, 608–609
marcadores diagnósticos, 608–610
prevalência, 607–608
questões diagnósticas relativas à cultura, 608–609
questões diagnósticas relativas ao gênero, 608–609
subtipos, 591, 602–604, 605–606, 611–643
transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, 591, 602–603, 613–618
transtorno neurocognitivo maior ou leve, induzido por substância/medicamento, 591, 602–603, 626–632
transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, 591, 602–603, 618–621
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer, 591, 602–603, 611–614
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington, 591, 603–604, 638–641
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson, 591, 603–604, 636–638
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença do príon, 591, 603–604, 633–636
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à infecção por HIV, 591, 603–604, 631–634
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática, 591, 602–603, 624–627, 625–626
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a múltiplas etiologias, 591, 603–604, 642–643
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a outra condição médica, 591, 603–604, 641–642
transtorno neurocognitivo não especificado, 591, 603–604, 643
transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve, 591, 602–603, 621–624
Transtornos parafílicos, 685–706
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 816
outro transtorno parafílico especificado, 705–706
transtorno do masoquismo sexual, 685, 694–696
transtorno do sadismo sexual, 685, 695–698
transtorno exibicionista, 685, 689–691
transtorno fetichista, 685, 700–703
transtorno frotteurista, 685, 691–695
transtorno parafílico não especificado, 705–706
transtorno pedofílico, 685, 697–701
transtorno transvéstico, 685, 702–705
transtorno voyuerista, 685, 686–688
Transtornos por uso de substâncias, 481, 483–485
características, 483–484
gravidade e especificadores, 484
procedimentos de registro, 485
tolerância e abstinência, 484
transtorno por uso de álcool, 490–497
transtorno por uso de cafeína, 792–795
transtorno por uso de *Cannabis*, 509–516
transtorno por uso de estimulantes, 561–567
transtorno por uso de fenciclidina, 520–523
transtorno por uso de inalantes, 533–539
transtorno por uso de opioides, 541–547

transtorno por uso de outra substância (ou substâncias desconhecidas), 577–580
transtorno por uso de outros alucinógenos, 523–527
transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 550–556
transtorno por uso de tabaco, 571–574
Transtornos psicóticos. *Ver* Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
Transtornos relacionados a alucinógenos, 481, 520–533
diagnósticos associados a, 482
intoxicação por fenciclidina, 527–529
intoxicação por outros alucinógenos, 529–530
outros transtornos induzidos por alucinógenos, 532–533
outros transtornos induzidos por fenciclidina, 532
transtorno persistente da percepção induzido por alucinógeno, 531–532
transtorno por uso de fenciclidina, 520–523
transtorno por uso de outros alucinógenos, 523–527
transtorno relacionado a alucinógenos não especificado, 533
transtorno relacionado a fenciclidina não especificado, 533
Transtornos relacionados à cafeína, 481, 503–509
abstinência à cafeína, 506–508
diagnósticos associados ao, 482
intoxicação por cafeína, 503–506
outros transtornos induzidos por cafeína, 508
transtorno relacionado à cafeína não especificado, 509
Transtornos relacionados à *Cannabis*, 481, 509–519
abstinência à *Cannabis*, 484, 517–519
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por *Cannabis*, 516–517
outros transtornos induzidos por *Cannabis*, 519
transtorno por uso de *Cannabis*, 509–516
transtorno relacionado à *Cannabis* não especificado, 519
Transtornos relacionados a estimulantes, 481, 561–570
abstinência de estimulantes, 484, 569–570
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por estimulantes, 567–569
outros transtornos induzidos por estimulantes, 570
transtorno por uso de estimulantes, 561–567
transtorno relacionado a estimulantes não especificado, 570
Transtornos relacionados à fenciclidina, 481
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por fenciclidina, 527–529
outros transtornos induzidos por fenciclidina, 532
transtorno por uso de fenciclidina, 520–523
transtorno relacionado à fenciclidina não especificado, 533
Transtornos relacionados a inalantes, 481, 533–541
diagnósticos associados a, 482
intoxicação por inalante, 538–541
outros transtornos induzidos por inalantes, 540–541
transtorno por uso de inalantes, 533–539
transtorno relacionado a inalantes não especificado, 540–541
Transtornos relacionados a opioides, 481, 540–550
abstinência de opioides, 484, 547–549
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por opioides, 546–547
outros transtornos induzidos por opioides, 549
transtorno por uso de opioides, 541–547
transtorno relacionado a opioides não especificado, 550
Transtornos relacionados a outras substâncias (ou a substâncias desconhecidas), 577–586
abstinência de outra substância (ou substância desconhecida), 583–585
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por outra substância (ou substância desconhecida), 581–582
transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), 577–580
transtorno relacionado a outra substância (ou substância desconhecida) não especificado, 585–586
transtornos induzidos por outra substância (ou substância desconhecida), 584–586
Transtornos relacionados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 481, 550–560
abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 484, 557–560
diagnósticos associados aos, 482
intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 556–557
outros transtornos induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 560
transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 550–556
transtorno relacionado a sedativos hipnóticos ou ansiolíticos não especificado, 560
Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, 481–590
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 815
transtorno do jogo, 481, 585–590
transtornos relacionados a substâncias, 481–586
classes de substâncias em, 481
diagnósticos associados a classes de substâncias, 482

transtornos induzidos por substâncias, 481, 485–490
transtornos por uso de substâncias, 481, 483–485, 490–586
transtornos relacionados a alucinógenos, 520–533
transtornos relacionados à cafeína, 503–509
transtornos relacionados à *Cannabis*, 509–519
transtornos relacionados a estimulantes, 561–570
transtornos relacionados a inalantes, 533–541
transtornos relacionados a opioides, 540–550
transtornos relacionados a outras substâncias (ou substâncias desconhecidas), 577–586
transtornos relacionados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 550–560
transtornos relacionados ao álcool, 490–503
transtornos relacionados ao tabaco, 571–577
Transtornos relacionados a trauma e a estressores, 265–290
destaques das modificações do DSM-IV para o DSM-5, 812
outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado, 289–290
transtorno de adaptação, 265, 286–290
transtorno de apego reativo, 265–268
transtorno de estresse agudo, 265, 280–287
transtorno de estresse pós-traumático, 265, 271–280
transtorno de interação social desinibida, 265, 268–270
transtorno não especificado relacionado a trauma e a estressores, 290
Transtornos relacionados ao álcool, 481, 490–503
abstinência de álcool, 484, 499–501
diagnóstico associado aos, 482
intoxicação por álcool, 497–499
outros transtornos induzidos por álcool, 502–503
características, 502
desenvolvimento e curso, 502–503
transtorno por uso de álcool, 490–497
transtorno relacionado ao álcool não especificado, 503
Transtornos relacionados ao tabaco, 481, 571–577
abstinência de tabaco, 484, 575–576
diagnósticos associados aos, 482
outros transtornos induzidos por tabaco, 576
transtorno por uso de tabaco, 571–574
transtorno relacionado ao tabaco não especificado, 577
Transtornos similares ao de adaptação, 289–290
Tremor postural induzido por medicamento, 712–713
Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), 235, 236, 251–254
características associadas que apoiam o diagnóstico, 252
características diagnósticas, 251–252
comorbidade, 254
consequências funcionais da, 253
critérios diagnósticos, 251
desenvolvimento e curso, 253
diagnóstico diferencial, 253–254
fatores de risco e prognóstico, 253
marcadores diagnósticos, 253
prevalência, 252
questões diagnósticas relativas à cultura, 253
Trúng gió, 211–213

Violência de cônjuge ou parceiro
física, 720
sexual, 720